

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE

RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL, ACUERDO SEP. NO. 15018

PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN

EL 29 DE NOVIEMBRE DE 1976.



DEPARTAMENTO DE SALUD PSICOLOGÍA Y COMUNIDAD

MAESTRIA EN PSICOTERAPIA

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIDA PERSONAL DE UN
GRUPO DE PSICOTERAPEUTAS QUE EJERCEN EN LA CIUDAD DE
LÉON GUANAJUATO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
GRADO DE MAESTRO EN PSICOTERAPIA**

PRESENTA

LIC. OSIEL JAFIT EQUIHUA MÁRQUEZ

ASESOR DEL TRABAJO

DR. SALVADOR MORENO LÓPEZ

COMITÉ LECTOR

MTRA. EUGENIA CASILLAS ARISTA

MTRO. ALEJANDRO MIJARES RUÍZ

TLAQUEPAQUE, JALISCO A 07 DE ABRIL DE 2014

ÍNDICE

Capítulo 1. Introducción -----	03
Capítulo 2. Metodología -----	24
Capítulo 3. Marco de referencia -----	34
Capítulo 4. Resultados -----	71
Capítulo 5. Conclusiones -----	96
Bibliografía -----	104
Anexos -----	107

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es parte de un estudio internacional sobre el Desarrollo de los Psicoterapeutas desarrollado por el Dr. David Orlinsky y la Society Psychotherapy Research / Collaborative Research Network (2005). Dicho estudio pretende hacer una descripción sobre las siguientes áreas del trabajo de los psicoterapeutas:

0. Datos de identidad personal
1. La formación especializada profesional
2. Experiencia profesional
3. Desarrollo personal como terapeuta
4. Terapia personal
5. Orientación teórica
6. Desarrollo profesional actual
7. Práctica psicoterapéutica actual
8. Trabajo terapéutico actual
9. Acerca de la vida personal

Dicho estudio es retomado en México por la Dra. Margarita Tarragona, a través del Dr. Salvador Moreno López. El programa de Maestría en Psicoterapia, del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente y la Universidad Iberoamericana León se suman al proyecto con un equipo de investigación conformado por los psicólogos Ligia Coronado Reyes, Juliana Flores Amézquita, Elda Georgina Mojica García y Osiel Jafit Equihua Márquez, alumnos de dicha Maestría.

Este equipo de investigación aplicó el Cuestionario común sobre el desarrollo del psicoterapeuta (CCDP) en la ciudad de León, Guanajuato, instrumento que se describe con mayor precisión más adelante.

El presente documento, como parte del estudio global, comparte aspectos introductorios y metodológicos con las investigaciones desarrolladas por las psicólogas Ligia Coronado, Juliana Flores y Georgina Mojica.

A esta parte de la investigación concierne la descripción y análisis de la vida personal del psicoterapeuta al momento de su ejercicio profesional, la novena área del listado inicialmente mencionado, el resto de los rubros es abordado en las investigaciones desarrolladas por los otros miembros del equipo.

1.2. LA IMPORTANCIA DE INVESTIGAR SOBRE SER PSICOTERAPEUTA

La psicoterapia es un encuentro donde se establece una relación entre uno, el consultante, quien busca ayuda, y el otro, el psicoterapeuta, con disposición para ayudarlo. Este encuentro como lo define Aisenson (1982) es, un intercambio psicológico, un contacto entre uno y otros... en un plano hondamente personal, merced a una expansión de la subjetividad en un periodo o momento dado. Es el proceso donde se objetiva al otro como sujeto, al mismo tiempo que el que objetiva se vive como sujeto, desde las vivencias en la relación terapéutica. Por lo que es necesaria la constante mirada hacia uno mismo como psicoterapeuta por el *entre* que se forma en la interacción.

Es por esta mirada hacia uno mismo que en este capítulo, nos parece importante revisar ¿Quién ha investigado sobre el psicoterapeuta? ¿Por qué ha sido investigado? ¿Qué se puede decir sobre la psicoterapia del psicoterapeuta? ¿Cómo se establece el vínculo con el paciente, su experiencia y trabajo? ¿Cómo se integra la formación, teoría y supervisión para realizar un trabajo ético y productivo? Estas breves y otras muchas cuestiones, atañen al estudio global, pues es justamente el sujeto de estudio, el psicoterapeuta, su propia herramienta de trabajo por lo que todo su entorno nos compete.

1.2.1. PSICOTERAPIA Y PSICOTERAPEUTA

“Mi auto análisis, cuya necesidad se me apareció pronto con toda claridad, lo realicé con la ayuda de una serie de mis propios sueños que me condujeron a través de todos los acontecimientos de mi infancia; y todavía hoy creo que este tipo de análisis

puede ser suficiente para todo aquel que tenga muchos sueños y no sea demasiado anormal”

(Freud, 1914)

A pesar de que Freud no dedicó un artículo al tema del autoanálisis, sí hizo referencia a él en repetidas ocasiones, principalmente cuando hablaba sobre su propia experiencia. Pero, ¿por qué iniciar el presente trabajo de investigación con la mención de un concepto tan “controvertido”?

La respuesta la podemos encontrar poco a poco, partiendo de la base de esta investigación, un análisis elaborado por psicoterapeutas para describir a otros psicoterapeutas, tratando de entender a la persona que está detrás de ese título. Un individuo complejo en esencia, que como lo describe la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS, está conformado por tres esferas: física, mental y social. La descripción de su conducta, el entendimiento de su persona, el acercamiento a su vivencia de la propia realidad, por simple mención ya se lee una tarea ambiciosa.

Este individuo se pone al servicio de otro, igual de complejo, en una relación de ayuda en la que, de forma muy simple, podemos enlistar tres de los elementos presentes en este tipo de relación: el que solicita ayuda, el que brinda la ayuda y el proceso mismo de la relación; sobre el primero y el tercero se han realizado ya diversos tipos de estudios, desde distintos enfoques, tratando de dar respuesta a una gran cantidad de incógnitas. Pero ¿qué sucede cuando se intenta analizar no sólo el trabajo, sino la persona de aquel que comúnmente realiza esta tarea? La respuesta (en ocasiones escasa en la bibliografía) puede ir acercándose a la luz capítulos más adelante.

Freud se muestra reservado respecto al alcance del autoanálisis en varios de sus escritos tomando en consideración aspectos propios de la técnica psicoanalítica, a pesar de ello lo propone como un inicio de actividad que deberá irse profundizando mientras aprende. Existen otros autores como K. Horney que recomiendan su empleo, apareciendo como complemento del tratamiento, preparándolo o continuándolo.

El autoanálisis se muestra entonces como una adecuada analogía, de las aproximaciones que pretende hacer esta investigación en el estudio del *ser* y *quehacer* del psicoterapeuta. No como una investigación conducida por un individuo sobre sí

mismo mediante procedimientos psicoanalíticos (Galimberti, 2002, págs. 134-135), sino como una forma de acercamiento a la propia profesión, desde los conocimientos adquiridos objetivamente.

Partamos del inicio, el trabajo que da nombre al profesional es la psicoterapia, y ésta la podemos entender como:

... todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc. (Laplanche & Pontalis, 1996, p.324)

Es un procedimiento que auxilia a otro ser humano en algunos momentos y aspectos de su propio proceso para desarrollarse como humano de forma sostenible. Proceso, que requiere de momentos, establecidos por el consultante en interacción con el psicoterapeuta, la relación se va conformando en esta sintonía.

A la psicoterapia se le ha considerado como la quinta profesión, en referencia a la medicina, pedagogía, asistencia social y religión, ya que todas ellas recurren a los conocimientos y técnicas psicoterapéuticas, al mismo tiempo que la psicoterapia comparte aspectos importantes con estas profesiones (Orlinsky, 1989).

Por otra parte, de acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española, psicoterapeuta proviene de **“psico”** (alma o actividad mental) y **“terapeuta”** (relativo a la terapéutica, que es la parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades), especialista en **psicoterapia** (tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos).

Haciendo un poco de historia, Mahoney (2005) utiliza el mito de Hipócrates, el padre de la medicina occidental, sobre la figura mítica de Asclepio, Esculapio para los romanos, dios de la medicina y evolución. Asclepio fue instruido por el centauro Quirón en el arte de la medicina y la caza, y se mostró siempre muy habilidoso y dispuesto, llegó a dominar el arte de la resurrección. Desarrolló poderes curativos poco frecuentes a pesar de sufrir una herida personal que no sanaría. Es así que Mahoney (2005) asume que los “curanderos” son veteranos de las dificultades de desarrollo. Es por esto que el

psicoterapeuta a lo largo, no solo de su formación académica, sino de su vida, con las experiencias que va adquiriendo, se ubica en la posición de conocedor de estas dificultades.

A lo largo de la historia, la sociedad ha reservado un lugar de honor especial para sus “curanderos” (Guy, 1995). Estos individuos siempre han sido tratados como personas privilegiadas, a las que se les concede un acceso legítimo a lo oculto y misterioso, ya que utilizan “herramientas” de curación que son más internas que externas, más privadas que públicas, excluidas del examen ajeno. El psicoterapeuta actual ocupa en parte ese rol histórico.

Existen muchos mitos sobre la realidad del psicoterapeuta, Mahoney (2005) menciona dos de las descripciones más comunes, la más negativa define al terapeuta como un voyeur intrínsecamente neurótico, que hurga en la vida privada de otras personas para evitar preocuparse de sus problemas; por otro lado se encuentra el “superterapeuta”, quien es un oráculo cálido y sabio, que puede leer las mentes y sanar los corazones, siempre sabe qué decir y qué es lo acertado. Entre estos dos estereotipos, Mahoney (2005), ubica el “sanador de los heridos”.

En la actualidad, Guy (1995) describe al profesional de la psicoterapia como un individuo que va desde lo admirable socialmente hablando, hasta el portador de malas noticias con poderes extrasensoriales capaz de develar la intimidad del individuo. El acercamiento de los individuos hacia esta profesión fluctúan en estos extremos.

Pero ¿cómo se llega al nombramiento de psicoterapeuta? Los curanderos, los médicos brujos, los sumos sacerdotes, los magos y los chamanes eligen y a su vez son elegidos para desempeñar su papel, existe una motivación interna y al mismo tiempo un proceso de selección externa. La persona debe demostrar que es adecuada para encarnar el papel y cumplir los deberes de su posición. Según Bugental (1964), esto es válido también para los que desean ser psicoterapeutas, los equivalentes en la actualidad del chaman (Guy, 1995).

Ser psicoterapeuta en la actualidad, depende del contexto sociocultural principalmente, ya que implica unas acreditaciones oficiales. En México no existe un marco legal que regule de manera explícita y específica, los requisitos que debe reunir la formación especializada para una práctica profesional en psicoterapia. El referente más

cercano es la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), que establece en el artículo 6, del Título I de sus Estatutos: “El término *Psicoterapeuta* es compartido multiprofesionalmente por titulados universitarios diferentes, que han adquirido los niveles de formación y experiencia cuyos mínimos están descritos en el Título V de estos Estatutos”. (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 2009)

Como ya se mencionó el rol social de psicoterapeuta es muy antiguo, pero la profesionalización es muy reciente, hasta mediados del siglo anterior se inició este proceso por el aumento de la demanda social (Feixas y Miró, 1993).

Estas condiciones socioculturales, principalmente sobre la reciente profesionalización, contribuyen a que la realidad del psicoterapeuta sea muy diversa, hay desde psiquiatras, psicólogos, enfermeras, consejeros y una gran variedad de títulos; la formación abarca desde dos años hasta más de ocho, además de la gran cantidad de horas de experiencias supervisadas; siguen una amplia variedad de orientaciones teóricas; los lugares de trabajo también son muchos desde el consultorio privado, pasando por la clínica, centro consultor u hospital; el programa de tratamiento puede ser breve o prolongado, centrado en pacientes internos o externos; las sesiones pueden dirigirse al paciente individual o incluir al cónyuge, la familia o un grupo de pacientes; el costo puede ser cubierto por el mismo paciente, o estar parcial o totalmente cubierto por un segundo, su empleador o un miembro de la familia (Guy, 1995).

De cualquier forma, el que se autonombra psicoterapeuta es porque así lo ha decidido, (cabe mencionar que no todas estas decisiones en su momento fueron conscientes, pero parte del ser psicoterapeuta es llevarlas a la consciencia posteriormente) porque las experiencias vividas, la búsqueda y entendimiento personal, el desarrollo profesional, son algunos de los elementos que llevan a tomar esta decisión.

Ser psicoterapeuta, no se cubre sólo con aspectos teóricos; las vivencias y los significados propios, las emociones, los vínculos, las relaciones, las formas de interactuar, todos son elementos que están de forma constante en el quehacer profesional, elementos que pocas veces son abordados al estudiar la profesión, ¿cuál es la manera que estos intervienen en la relación con el otro (consultante)? Esta es una de las preguntas abordadas en la presente investigación.

Es así que, ser psicoterapeuta tiene que ver con conocerse, por lo que el desarrollo personal es un rubro que es necesario revisar de forma constante.

Los factores inherentes al rol de psicoterapeuta interactúan con una serie de elementos personales para influir en la elección y mantenimiento de esta tarea.

Frente a la pregunta de quiénes son los que practican la psicoterapia nos podemos encontrar con dos perspectivas: aquellos que reúnen los requisitos formales para ser socialmente autorizados, pero también se encuentra el punto de vista de las características personales asociadas a la elección de la profesión.

Guy (1995) ha realizado una sistematización de la investigación sobre las características personales asociadas con la elección de la profesión. El autor ha distinguido entre las motivaciones funcionales y las motivaciones disfuncionales, es decir entre aquellas que resultan beneficiosas para el ejercicio de la profesión y las que pueden minar la eficacia y reducir la satisfacción profesional.

1. Motivaciones Funcionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapia:

- Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismos y los demás
- Capacidad de escuchar
- Capacidad de conversar
- Capacidad de discernimiento emocional
- Capacidad introspectiva
- Capacidad de autonegación
- Tolerancia a la ambigüedad
- Capacidad de cariño
- Tolerancia a la intimidad
- Confortable con el poder
- Capacidad de reír

2. Motivaciones Disfuncionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta:

- Aflicción emocional

- Manejo vicario
- Soledad y aislamiento
- Deseo de poder
- Necesidad de amor
- Rebelión vicaria

En la elección de la profesión, además de lo ya mencionado, también influyen determinadas condiciones familiares, como experiencias de marginación social, económica o religiosa durante la infancia.

Aunque no existen estudios suficientes para hablar de un perfil de las familias de origen de los psicoterapeutas, los datos que Guy cita indican que la madre normalmente se describe como la figura central de la casa, mientras que el padre es presentado como pasivo y sin una interacción emocional intensa con el hijo. Resultan frecuentes las situaciones en las que el futuro psicoterapeuta se ve implicado en los problemas entre los padres. Aunque tentativos, los datos parecen indicar que las familias de las que provienen los psicoterapeutas, experimentan situaciones de reciprocidad emocional alterada por diversas circunstancias, facilitando así una forma de relacionarse con los demás en donde se es muy sensible a las necesidades de los otros, mientras se aprende a silenciar la expresión de las propias necesidades.

1.2.2. FORMACIÓN, TEORÍA Y SUPERVISIÓN

“No hay otra profesión que permita sumergirse tanto en los procesos psicológicos al desnudo como la psicoterapia...”

(Guy, 1995)

Parece complejo adentrarnos a terrenos en que hay tanta desnudez desde el consultante, cuando el psicoterapeuta puede tener “tanta ropa puesta”. Esta metáfora nos permite relacionar el estudio global en el que nos estamos adentrando, viendo más allá de lo que comúnmente se cree que acontece desde muchas áreas y niveles al psicoterapeuta.

En esta profesión, después de haber pasado el periodo universitario puede ser que se experimente un periodo de transición en el trabajo, lo que Guy (1995) llamaría frustraciones y recompensas iniciales, que se van mediando entre la teoría, práctica y supervisión, en la mayoría de los casos. Adentrándonos en la importancia de investigar en lo anterior, ubicamos que estos son los rubros de suma importancia en la vida del psicoterapeuta, ya que es la supervisión la que va a ligar la teoría y la práctica, dándole estructura a la formación. Ante esto, la investigación va girando en torno a conocer y evaluar la certificación o acreditación profesional para ejercer la psicoterapia como parte fundamental y ética de dicha profesión.

Efectivamente las posibilidades que tenemos como psicoterapeutas son variadas, es decir el autocuidado, autoatención, la elección de terapias personales diversas, la reunión con colegas, supervisión, fomentar nuestras relaciones interpersonales, congresos, cursos, talleres, seminarios, entre otros (Guy, 1995), posibilidades que se exploran en la investigación y nos permiten ejercerla de cierta manera.

Guy (1995) esboza que la educación como psicoterapeuta da prestigio ya que la envuelve un halo de misticismo; es decir, para algunos pareciera que se pertenece a una fraternidad de individuos especiales, capaces de compartir y absorber gran parte del dolor y sufrimiento sin aparentes efectos negativos, algo así como cargar algo importante a nivel social. Pero lo que pareciera, no siempre es lo imperante y sobretodo en percepciones o impresiones. Ante lo anterior se resalta que rubros importantes de este estudio exploran la relación entre la satisfacción y la propia formación en psicoterapia, la formación y las exigencias posteriores que demanda la práctica clínica, aunado con la satisfacción con los aspectos teóricos recibidos.

En gran parte la supervisión fomentará la posibilidad de estimular intelectualmente al psicoterapeuta para poder congeniar con las dificultades, los síntomas y los problemas del paciente. Además de generar hipótesis sobre dichas problemáticas y síntomas y ponerlas a prueba, lo que lleva a una investigación constante sobre el comportamiento, desarrollo humano y sus conductas. Por lo cual, en el estudio global se proponen una serie de preguntas enfocadas a evaluar la modalidad, periodicidad, el número de casos y la clase de supervisión que algunos de los psicoterapeutas de León Guanajuato están recibiendo, así como el número de supervisores que los han acompañado. En relación a

esta compañía, el acceso a la supervisión es un punto relevante en el estudio, ya que se evalúa que tan fácil es dicho acceso, si lo es o no ha sido.

Los factores personales que intervienen en la elección del psicoterapeuta como las motivaciones funcionales, las disfuncionales, los relacionados con la familia de origen, son mediados con la formación de este, de tal modo que no se conviertan en meras aptitudes, intereses o características, sino que tengan la posibilidad de darle estructura al especialista. La motivación interna para ser psicoterapeuta se mezcla con una selección externa, la experiencia o práctica, es decir mostrarse capaz de desempeñar el papel.

La formación como psicoterapeuta es prolongada e incluye la instrucción en la parte teórica y la práctica supervisada. Se enseñan las teorías y técnicas actuales con amplitud y las enseñanzas de los iniciadores, como Freud, Jung, Horney, Rogers, entre otros; además de la adquisición de conocimientos y aptitudes se resaltan los procesos internos y de la conciencia, dando paso al trabajo supervisado previo a la evaluación final, para obtener la certificación o licenciatura y la práctica con libertad de la psicoterapia. (Guy, 1995)

Encontramos, en las últimas 5 décadas, múltiples esfuerzos por trascender los límites que establecen los enfoques o las escuelas en psicoterapia, y así no quedarse en una visión reduccionista, ampliándola incluso en el diálogo con otras disciplinas, que se entrelazan en la formación de un psicoterapeuta, tales como: el reconocimiento e integración del Contexto sociocultural, los modos de Interacción y relación, el Posicionamiento filosófico/social, las Teorías sobre las problemáticas y el cambio en psicoterapia, las Metodologías de trabajo psicoterapéutico, las técnicas de intervención y el Yo como persona/psicoterapeuta (ECRO) (Lampropoulos, 2001, citado por Moreno y Zohn, 2013, p. 86). En el campo clínico, el debate se ha dado principalmente entre los diversos enfoques, con propuestas que sugieren utilizar varios de ellos, aprovechando los elementos teóricos, metodológicos y técnicos que permitan comprender a las personas que atienden en consulta, con sus particularidades y diferencias (Hermnas, 2006; Safran y Messer, 1997, citados por Moreno y Zohn, 2013, p. 86). Aunque esos esfuerzos se han quedado sin un reconocimiento explícito de ese diálogo interdisciplinario.

Con esta diversidad de alternativas y propuestas se reconoce tanto una búsqueda intencionada de modos de relacionar teorías, formas de interacción, metodologías y

técnicas provenientes de diferentes enfoques, así como aprovechar la experiencia clínica de los psicoterapeutas (Moreno y Zohn, 2013). El planteamiento del movimiento que ha generado la propuesta de la integración en psicoterapia, parte de la premisa de trascender los límites de las escuelas existentes, combinando sus descubrimientos y métodos, fomentando un marco de diálogo para buscar soluciones más abarcadoras y generar nuevos cuestionamientos en lugar de respuestas definitivas. Cercana a esta visión y al mismo tiempo diferente es que se asume el programa de la Maestría en Psicoterapia propuesta por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (Moreno y Zohn, 2013).

Aunque la investigación busca indagar sobre los marcos o enfoques con los que se ajustaban los psicoterapeutas en el inicio de su trabajo comparándolos con los de la actualidad, nos pareció pertinente focalizar la atención en cómo se relaciona dicha investigación con la propuesta de la Maestría en Psicoterapia, es decir “Abogar por construcciones alternativas más amplias y evolucionadas {...} aunque esta nueva (re)construcción no nos aporte un nuevo pedazo de “verdad” terapéutica, puede proporcionar una visión alternativa de lo ya existente”, como Feixas y Miró (1993) lo señalan en relación al reto que implica la integración de teorías, sin que esto se convierta en un eclecticismo pervertido.

Lo anterior implicaría la búsqueda de flexibilidad teórica y técnica para adaptarse a la disminución de adhesión rigurosa a un solo modelo, buscando las particularidades del consultante. Ante esto parece que la formación, supervisión y la teoría permiten establecer expectativas realistas sobre la propia profesión y sobre el enfoque teórico que nos permita tomar conciencia de lo adecuado o no de dicho enfoque para determinados casos o situaciones (Feixas y Miró, 1993). Sin embargo, para Mahoney y Neimeyer (1998) y para otros autores, la integración teórica además articula distintos aspectos del funcionamiento humano (Cognitivos, conductuales, emocionales e interpersonales), nutriendo las aportaciones de muchas psicoterapias.

Datos como el tiempo que se lleva practicando la psicoterapia, los contextos, las modalidades en psicoterapia, el número de pacientes en cada modalidad, si han sido elegidos como psicoterapeutas de otros psicoterapeutas, son tomados en cuenta en el estudio, que son relacionados con el estilo de vida y de trabajo de los encuestados. Guy (1995), resalta al autor Henry (1966) quien hizo referencia a los profesionales que se

dedican a la tarea terapéutica directa, quienes deben incluir el compromiso con un estilo de vida.

La formación también nos lleva a contactar con la parte de la autoconciencia y la exploración de los procesos internos, acercando al psicoterapeuta con su propia vulnerabilidad, debilidades y dolor personal, además de la socialización y el aprendizaje conceptual. Lo que permite sensibilizar al psicoterapeuta ante los conflictos, traumas, y obsesiones aún no resueltas o en proceso de resolver.

La búsqueda de respuestas en relación al desarrollo profesional como psicoterapeutas, engloba las tres áreas mencionadas en este apartado, supervisión, teoría y práctica; sin embargo la percepción del cambio en el proceso de convertirse en psicoterapeuta puede irse modificando. Es decir preguntarnos por nuestro cambio profesional, si es percibido como mejoría, progreso o deterioro, si hemos conseguido superar las limitaciones, el desarrollo del potencial y cómo ha cambiado ese potencial relacionado con la comprensión teórica en la terapia, la captación de los problemas en los pacientes, la efectividad para involucrarlos en el tratamiento, entre otros, son cuestionamientos que el estudio también precisa. La presente investigación se enfoca en ubicar el grado en que el acercamiento de la psicoterapia como profesión, es el resultado de intentar encontrar respuestas a los propios dolores emocionales.

Aunque estos cambios no se resuelvan en la totalidad, pueden integrarse con ritmo y comodidad en la personalidad el psicoterapeuta, para facilitar las relaciones interpersonales y el proceso terapéutico, evitando entorpecerlo. De tal forma lo que “es” una persona se vuelve más importante que lo que “sabe”, como esboza Guy (1995).

Finalmente cómo asumir el papel del psicoterapeuta compromete por completo la personalidad del estudiante en psicoterapia. Su orientación o perspectiva sobre el mundo están íntimamente entrelazadas con la naturaleza de su trabajo.

1.2.3. EL PSICOTERAPEUTA Y EL VÍNCULO CON EL PACIENTE

No podemos olvidarnos del vínculo entre el terapeuta y el paciente, qué tan relevante es conocer sobre lo que se gesta en esta relación, y la importante implicación que en ella radica, la percepción que tiene el terapeuta de sí mismo para hacer frente a

las dificultades de su trabajo, al llevar a cabo un proceso psicoterapéutico, cuáles son las principales reacciones emocionales que aparecen en el terapeuta, qué estrategias se consideran valiosas para enmarcar el proceso con ellas.

Incluir al observador cuando éste influye en el proceso que está observando nos acerca más a tener una visión holística del fenómeno, puesto que somos conformados por una dimensión relacional. Como menciona Madrid (2005) “la persona es un ser esencialmente *relacional*; el **yo** toma conciencia de sí mismo y se constituye formalmente como persona en el encuentro con el **tú**. Esta “*relacionalidad básica del yo*” de la que habla Winnicott (en Madrid, 2005), motiva que el equilibrio personal del yo se manifieste principalmente por la calidad de sus relaciones interpersonales” (p. 64).

En el caso de la psicoterapia, el psicoterapeuta-observador-analista quien reporta, es pieza clave para el entendimiento de lo que se realiza en psicoterapia, para medir los efectos positivos o negativos que pueda tener en la persona que busca ayuda, asesoría, contención, entre otras respuestas, pero además el efecto que esa relación tiene también en el terapeuta matiza las decisiones que toma en el proceso. Si bien es un espacio privilegiado por la confidencialidad, el hermetismo genera un cierto nivel de cerrazón y homeostasis de ese sistema, que no se enriquece con la información del exterior, entendiendo ahora como exterior, a otros quienes practican la psicoterapia, puesto que al enfrentar dificultades semejantes, echan a andar una serie de recursos que pueden sistematizar aquellos que más resultado han dado como a los menos funcionales, también podrán dar cuenta de los efectos que tiene su ejercicio profesional en su mundo emocional personal.

Frank (en Mahoney y Freeman, 1988) define psicoterapia como “una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque, a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los parientes del paciente, o a otros, en sus rituales de cura. La psicoterapia incluye ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal” (p. 74).

La definición anterior incluye la carga emocional que se pone en juego, conocer cuáles emociones son las que aparecen con mayor frecuencia, así como lo qué se hace con ellas, será de importancia no sólo para quien la ejerce sino para aquellos interesados en mejorar los procesos de psicoterapia. Por otro lado, la misma definición también hace referencia a algunas de las estrategias que se pueden llevar a cabo, será interesante entonces, conocer cuáles son las más utilizadas en nuestra ciudad, cuáles son vistas con mejores ojos y consideradas más efectivas ya en el campo de acción y al aplicarlas en las situaciones y contextos reales, es decir, no solamente como un abanico de posibilidades, sino al recabar información sobre aquellas estrategias que utilizan más los terapeutas que decidieron participar en este estudio.

Esos elementos son explorados por CCDP y son parte del estudio global, aunque no es el objetivo específico de la presente investigación, el estado emocional en general (incluido el generado en la interacción con aquel a quien atiende) sí incumbe al presente documento, por lo que desde un ámbito contextual como una posibilidad de correlación, es necesario entender las generalidades de lo que en esta relación se gesta e impacta en el psicoterapeuta.

Un elemento que la definición no expresa de forma explícita es el efecto que sobre el terapeuta tiene la interacción, si bien habla, como ya mencionábamos de una “interacción planificada, cargada emocionalmente” el foco de atención no se dirige particularmente a cómo la interacción afecta al terapeuta y el tipo de respuestas que ésta genera, determinando así la toma de decisiones para el proceso, como en su vida cotidiana.

1.2.4. LA EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL TERAPEUTA Y SU CAMPO DE TRABAJO

Cada terapeuta a lo largo de los años y de adquirir distintas experiencias enfrentando situaciones y problemáticas diversas pone a prueba sus estrategias confirmando y desechando, buscando nuevas según la demanda de su trabajo, por lo tanto, investigar sobre aquellos dispositivos que cada terapeuta echa andar, lleva de fondo un proceso propio de ensayo y error, de manejo de sus propias emociones y de búsqueda de nuevas opciones.

Greenberg (1996) afirma que la forma y el estilo del terapeuta son un aspecto importante del proceso, no sólo el qué hace, sino cómo lo hace, ya que al ayudar al cliente por medio de las actitudes relacionales que contribuyen al fomento del vínculo terapéutico, se comunica a través de la presencia vivencial que puede presentarse por medio de conductas paralingüísticas y no verbales. Entonces el terapeuta va aprendiendo qué efectos tienen sobre él ciertas emociones que se producen en el proceso, cómo manejarlas y cómo integrarlas.

Investigar sobre la experiencia del psicoterapeuta proporciona otra línea de información, que se refiere al tipo de población que más demanda la atención, esto a su vez es un reflejo de la sociedad en la que ejerce el psicoterapeuta. Melgoza (2002) hace referencia a los grupos emergentes de las sociedades como reflejo de la sociedad total, las patologías más presentadas por los adolescentes, por ejemplo, dan cuenta de aquello que se gesta en una sociedad y enferma a sus individuos, por lo tanto son las patologías de esa sociedad. Así, identificar qué población solicita más ayuda en esta ciudad, y por qué motivos no es solo un estudio sobre el terapeuta sino sobre la sociedad en la que opera.

En qué áreas hay más especialistas y en cuáles hay una carencia importante, el número de horas que cada terapeuta dedica a su trabajo, cómo todo esto tiene un efecto en el estado emocional del profesional. No es nuevo el concepto “síndrome del burnout” que describe Granero y otros (2004) en su investigación “Vida personal y Burnout del Psicoterapeuta”. El síndrome de burnout recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la *tensión* al interactuar y tratar reiteradamente con las personas. Fue descrito como un síndrome clínico por Freudemberger (1974), quien observó que la mayoría de los voluntarios de una clínica para toxicómanos de Nueva York sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento. Mostraban síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. De acuerdo a esta investigación no es la edad ni la antigüedad del ejercicio profesional lo que explica la aparición del síndrome, sino las características del profesional, las características de los objetivos que plantean su campo laboral y los recursos disponibles para lograrlos, será fundamental entonces indagar cómo los terapeutas encuestados de esta ciudad se autoperciben en su práctica profesional, qué

tipo de pacientes abordan, cuántas horas trabajan semanalmente, con qué dificultades se encuentran y qué efectos tiene en su vida emocional, como parte del estudio global.

Granero y otros (2004) destaca que los problemas emocionales de los terapeutas tienden a ser ocultados y mal afrontados, como anteriormente se comentaba, posiblemente como resultado del hermetismo que rodea esta profesión, poder exponer lo que sucede con el terapeuta posibilita primeramente el reconocimiento de los efectos adversos que en la interacción se generan para ser atendidos adecuadamente. Y aunque la presente investigación no hace la correlación directa entre estado emocional – experiencia profesional, si hace una exploración del estado general emocional del psicoterapeuta en el momento actual de su vida. Es así que con los datos del estudio global, queda abierta la puerta para futuras investigaciones que correlacionen las distintas variables.

Ahora bien, el trabajo que ofrece la psicoterapia, no detona ni es causante únicamente de emociones negativas, sino que, como se menciona anteriormente el ser humano posee una relacionalidad básica (Winnicott en Madrid, 2005), por lo que el trabajo del psicoterapeuta ofrece también los beneficios del encuentro con el otro, aunado a un encuadre que busca promover la escucha, la empatía y la comprensión del otro de una manera vivencial.

Madrid (2005) afirma “el hombre es constitutivamente un ser relacional. Por tanto, para que el hombre se desarrolle armónicamente, debe cultivar esta dimensión, lo que implica dinamizar su entraña más profunda. La forma en que el hombre puede desarrollarse como estructura abierta es a través del diálogo y del encuentro. La persona es relacional como exigencia del propio ser, pero para que pueda crecer y desarrollarse como tal, debe prometerse en el encuentro personal como fruto de su decisión personal” (p. 198). Entonces, el psicoterapeuta se enriquece en los encuentros, posee un trabajo que le construye y que le aporta experiencias y emociones positivas y de trascendencia importantes.

1.2.5. SOBRE LA PSICOTERAPIA DEL PSICOTERAPEUTA

"No tengo que ser perfecto para tener algo que aportar,

no tengo que saber todo para ser útil - que yo sepa algo y que pueda ser encontrado por mis clientes, es una manera de ser útil".

(Bellows, 2007, p. 12)

En algún momento de nuestra formación escuchamos la importancia de reconocer a ese otro como un ser humano independiente y diferente de nosotros, la diferencia que debemos cuidar entre su sentir y el nuestro, entre sus problemáticas y las propias. Bellak (1993) menciona que se nos demanda ser percibidos como figuras dotadas de razón, estabilidad y equilibrio, que seamos capaces de mostrar pericia para solventar sin mayor dificultad los problemas que la vida nos plantea.

Sin embargo, en el ejercicio de la profesión, al interior del consultorio, hemos experimentado el establecimiento de diferentes tipos e intensidades de vínculos, relaciones y procesos que ponen en evidencia la imposible tarea de no ser tocado psíquicamente en este quehacer. Y cómo podríamos no quedar implicados, cuando nuestra principal herramienta de trabajo somos nosotros mismos; donde nuestro trabajo consiste precisamente, en ponernos al servicio del otro.

Ningún psicólogo clínico que empiece sus prácticas, con supervisión y/o sin ella, está exento de las consecuencias de trabajar con una persona, donde los mecanismos inconscientes influyen de manera inevitable en su propia psique, es decir, el propio trabajo terapéutico impacta a la persona que funge como terapeuta, tanto en su identidad profesional, en su yo clínico, como en su vida y su propia persona (López, 2010).

Entonces entendemos que es imposible poder hacer este trabajo, sin quedar implicados, donde, es de vital importancia darnos cuenta y dimensionar nuestra implicación para el alcance del éxito del proceso mismo, el alcance de un mayor bienestar del paciente y un pleno desarrollo del terapeuta.

Laplanche y Pontalis (1993) definen a la Psicoterapia, haciendo una mención especial de la relación, planteando que independientemente del método de tratamiento, en el caso del abordaje de los trastornos psíquicos o somáticos, se utiliza la relación terapeuta – paciente de manera primordial (Loewenthal, 2001); donde ambos personajes aportan al proceso y son parte constitutiva del mismo.

Partiendo de esto, es fácil comprender el por qué valdría la pena reconocer la relevancia del psicoterapeuta como persona dentro del proceso psicoterapéutico, y más aún, la importancia de su propio análisis, es decir, de la psicoterapia del psicoterapeuta.

El psicólogo dedicado a la clínica debe “identificar qué, cómo y cuáles botones activan sus defensas, qué puede ocurrir con ciertos sujetos o con determinadas características de personalidad del otro y qué determinadas situaciones pueden causar movilizaciones inadecuadas, y así, utilizar todo ello para el aumento del bienestar percibido del paciente y la calidad de vida de ambos” (López, 2010, p. 3).

En este sentido el proceso de terapia requiere del Psicoterapeuta y del paciente, así como las expectativas de la relación para el establecimiento y logro de sus metas, donde el terapeuta puede aportar necesidades y deseos racionales o por el contrario necesidades y deseos irracionales frente al paciente, es necesario un grado de pericia y autoconocimiento que permita al Psicoterapeuta ponderar las primeras y minimizar las segundas (Singer, 1975).

Una pregunta clave es “¿Necesitamos la experiencia de la terapia para practicar la psicoterapia?” (Loewenthal, 2001). En Estados Unidos y Europa un 75% de los psicoterapeutas han estado bajo proceso personal en alguna ocasión, donde al parecer los terapeutas de pareja y familia son los que suelen abstenerse más de ello (Norcross, 2008). Pareciera que en general para los psicoterapeutas, el autoanálisis es considerado uno de los tres elementos que abonan a un buen desempeño en esta área clínica de la psicología.

Pero, ¿en qué se diferencia un psicoterapeuta que está bajo un proceso personal de análisis del que no?, ¿Por qué se decide tomar un proceso de análisis personal o abstenerse del mismo?, ¿Bajo qué circunstancias el psicoterapeuta considera necesario un proceso personal?, estas y otras preguntas son abordadas en el estudio global y nos abren la posibilidad de explorar este propio auto conocimiento de los que ejercemos la psicoterapia.

Al parecer las variables como sexo y orientación teórica son las más significativas en esta diferenciación, donde, las mujeres tienen más apertura que los hombres a someterse a un proceso personal, posiblemente cuestiones culturales estén implicadas en esta diferencia. Por otro lado, en lo que hace referencia a su enfoque teórico, se

encontró que los cognitivo conductuales se abstienen en mayor porcentaje (Norcross, 2008).

Cabe señalar el hecho de que entre los psicoterapeutas con orientaciones psicodinámicas, el proceso personal cobra mayor relevancia, entendido desde el hincapié que este tipo de intervención terapéutica hace en la relación terapeuta- paciente como vehículo para el cambio (Bellows, 2007).

Algunos terapeutas consideran que tienen otras maneras de lidiar con su estrés e incluso llegan a reconocer a la familia, amigos o compañeros de trabajo como un soporte suficiente, lo que nos habla del reconocimiento de capacidad “suficientemente bueno”, sin embargo también aparecen algunos otros que hablan de dificultad para sentirse cómodos con algún terapeuta o del hecho de conocer a la mayoría de los que ejercen en su localidad, lo que deja implicado el tema de la confidencialidad y el temor a la exposición; o incluso consideran el gasto financiero y/o limitaciones de tiempo, argumentos que hacen más bien referencia a dificultades (Norcross, 2008).

En este panorama, se habla de que existe cierta apertura incluso ante los que muestran mayor resistencia a la búsqueda o necesidad de espacios de análisis propio, ya que pareciera que no es una opción que se deje de lado completamente, ya que es considerada una posibilidad ante la experiencia de sufrimiento o algún desequilibrio, así como ante la pérdida de un vínculo significativo (Norcross, 2008).

Podemos reconocer que se trata también de una medida de seguridad, que abona a salvaguardar la integridad personal. El propio proceso psicoterapéutico es visto como una posibilidad de gestar cambios psicológicos personales que incluso pueden ser promovidos en los otros; así como un referente formativo-académico o una especie de modelo ante ciertas circunstancias. Por tanto, estamos hablando de una doble vía de desarrollo, por un lado personal y por otro profesional, a través de esta identificación y vinculación que se posibilita dentro del proceso mismo.

Entre los beneficios encontrados al someterse a un proceso psicoterapéutico personal, podemos mencionar: un mayor auto-conocimiento y conciencia de sí mismo, de confianza, autoestima y una mejora en cuanto a las relaciones interpersonales, reducción de los conflictos y alivio de síntomas; también se puede ver un mayor perfeccionamiento en las habilidades terapéuticas, como la empatía, uso de la

transferencia y contratransferencia, un mayor entendimiento del proceso y estructuración del tratamiento (Bellows, 2007).

En contraparte, se reconocen algunos riesgos como: niveles de estrés y angustia psicológica implicados, problemas relacionados con el establecimiento de la alianza o errores del tratamiento, la sobre o sub identificación con el terapeuta, desde su postura de colega e incluso la posible confusión de roles; elementos identificados como que pudieran limitar la eficacia y alcances del proceso (Bellows, 2007).

Aunque hay investigaciones que plantean que una buena formación como psicoterapeuta esencialmente incluye un proceso de terapia personal (Loewenthal, 2001), faltan más investigaciones del impacto positivo que puede causar que el terapeuta vaya a psicoterapia. Lo que sí es un hecho es que la necesidad ya está ahí (López, 2010). El presente estudio global es una oportunidad de indagar y plantear en la comunidad en la que estamos insertados cómo es vista esta necesidad de la propia psicoterapia del Psicoterapeuta. En lo que concierne a esta investigación se plantea un cuestionamiento hasta ahora no mencionado, el grado en que la búsqueda de la solución al propio conflicto emocional, funciona como la puerta de entrada a la formación como psicoterapeuta.

1.3. PREGUNTA DE ESTA INVESTIGACIÓN

Como podemos observar son muchos y diversos los elementos que están implicados en uno de los actores de la relación de ayuda, el psicoterapeuta (su formación, la experiencia profesional, el desarrollo como terapeuta, la terapia personal, la orientación teórica, el desarrollo profesional, la práctica psicoterapéutica, el trabajo actual y la vida personal) como objeto de estudio es basto. Es por esto, que el presente trabajo forma parte de un estudio más amplio, desarrollada por el Dr. Orlynsky, con el objetivo de medir, conocer e interpretar la vida personal de los que nos dedicamos a la psicoterapia.

Como una parte de dicho estudio, se decidió aplicar el CCDP en la ciudad de León Guanajuato, instrumento que será descrito de forma detallada más adelante, por un equipo de investigación que analiza las distintas áreas antes mencionadas.

Si bien el cuestionario se aplicó en su totalidad a los psicoterapeutas participantes, el análisis y presentación de los resultados abarcó 4 trabajos distintos, desarrollados por cada uno los integrantes del equipo de investigación.

En lo concerniente al presente documento la pregunta de investigación que rige el trabajo es:

¿Cuáles son las características generales de la vida personal de un grupo de psicoterapeutas que ejercen en la ciudad de León Guanajuato?

Desde esta pregunta el objetivo central es describir las características generales de la vida personal de un grupo de psicoterapeutas que ejercen en la ciudad de León Guanajuato. Y como objetivos secundarios: conocer e interpretar su situación familiar, el estado emocional, las actividades recreativas y de auto-cuidado, espiritualidad y relaciones interpersonales íntimas. Para ello se abordará de forma específica la sección nueve del CCDP concerniente a la vida personal del psicoterapeuta al momento de su ejercicio profesional, cuya descripción detallada se realizará en los siguientes capítulos.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1. ENCONTRAR A LOS PSICOTERAPEUTAS

En este capítulo se describe el procedimiento que siguió esta investigación, que al ser un estudio inicial en la región, pretende empezar a conocer cuáles son algunas de las características del perfil del psicoterapeuta que ejerce en la ciudad de León Guanajuato, reconocemos las limitantes que tan ambicioso objetivo representa, pues al no existir criterios específicos y una definición unánime sobre quién y quién no debe considerarse apto para el ejercicio de la psicoterapia, la selección de los candidatos fue el primer reto que se tuvo que enfrentar, además de no existir registro oficial del número de psicoterapeutas que laboran en esta ciudad. Por lo tanto, la población que se analizó está conformada por psicoterapeutas de la ciudad de León, participando de forma voluntaria, en respuesta a la invitación que se realizó por medio de una carta (Anexo I) distribuida a través de directivos de instituciones de formación, docentes de universidades, y colegas en el ejercicio profesional. Por lo tanto, no es un estudio realizado aleatoriamente, sino un muestreo por conveniencia, ya que la población se eligió de acuerdo a la posibilidad de obtener respuesta por parte de los cuestionados, lo que implica que sus resultados no pueden ser estadísticamente generalizables.

La complicación que representa establecer una definición o perfil de lo que es un psicoterapeuta, es un ingrediente en esta investigación. Incluso Orlinsky y Rønnestad (2005) comentan que esta conflictiva está tanto a un nivel internacional, como dentro de varios países e incluso localmente; es complicado encontrar una definición común. ¿Quién se puede considerar para ejercer una terapia que vaya dirigida al mejoramiento de la conducta, la vida emocional o la salud mental de una persona? Resulta sumamente ambiguo de determinar, puesto que influye la cultura, la corriente teórica, los antecedentes profesionales. No existe “la psicoterapia” como un grado único y homogéneo, distintos profesionales se especializan en diferentes marcos teóricos que les acreditan como psicoterapeutas, muchas de estas preparaciones ni siquiera solicitan un grado previo relacionado con el área de la psicología, de la salud en general y otros ni siquiera exigen a sus estudiantes un título de licenciatura, a pesar de esto muchas personas terminan autodenominándose psicoterapeutas y ejerciendo como tales. Por lo que buscamos determinar cuáles profesiones tienen aquellos que están ejerciendo la

psicoterapia, cuáles orientaciones son más populares, y qué tipo de pacientes atiende dependiendo la orientación.

Ya anteriormente se estableció una definición de psicoterapia citada por Orlinsky y Rønnestad (2005) en la que plantean visualizar a la psicoterapia “básicamente como una relación profesional-personal, en la cual individuos debidamente calificados (y relevantemente afligidos) interactúan respectivamente en los roles de terapeuta y paciente para aliviar la aflicción y mejorar el bienestar de aquellos que se encuentran en el rol de pacientes” (p. 6).

A partir de esto, acordamos criterios amplios para la selección de nuestra población, evitando así que los investigadores sean quienes sesguen el resultado. Tratamos de obtener las opiniones de diversos psicoterapeutas, de varias asociaciones, marcos teóricos, formaciones, estrategias de intervención, experiencia profesional y antecedentes personales.

Se consideró psicoterapeuta y por lo tanto candidato a responder el CCDP (Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas), primeramente a quien poseía un título de licenciatura sin restricción de la misma, y posterior a esto, que haya adquirido algún entrenamiento que considere necesario y suficiente para ejercer la psicoterapia, ya sea diplomado, maestría, especialidad o incluso curso. El último requisito fue que ejerciera como psicoterapeuta, con el marco teórico de su elección, el cual definirá al responder el cuestionario, no se consideraron los años de experiencia puesto que esa es una pregunta incluida en el cuestionario, mientras la persona estuviera practicando durante el momento de responderlo era suficiente, pues se busca también conocer si en la ciudad de León Guanajuato ejercen psicoterapeutas experimentados o no, si predominan o son los menos; por lo que es algo que se indaga con el cuestionario.

Otro elemento que podría distinguir aquello que es psicoterapia de lo que no, es su área de atención, es decir debe haber una interacción, en la que el objetivo de aquel que ejerce el rol del terapeuta es aliviar la aflicción y mejorar el bienestar de aquellos que se encuentran en el rol de pacientes, si aquel que se autodenomina psicoterapeuta posee pacientes que acuden a consulta por este motivo, significa que hay una aceptación local de este nombramiento, es por eso que se incluye en la investigación.

2.2. RECOLECCIÓN DE DATOS: ENCUESTAR A LOS PSICOTERAPEUTAS

Las encuestas fueron entregadas durante el primer semestre del 2010, en un sobre abierto que contenía una carta (Anexo I), donde se explican los fundamentos y el objetivo de la investigación, los procesos a seguir, el tiempo aproximado que se lleva para responder el cuestionario, la forma en que se recogería el cuestionario, qué se haría con él, incluso preguntando si se estaba interesado en recibir los resultados.

Nos planteamos como objetivo recolectar 200 encuestas. Decidimos esta cifra para tener un universo de al menos 100 cuestionarios respondidos porque consideramos que con ellos había información suficiente para describir el perfil de los psicoterapeutas cuestionados.

Ya que el grupo de investigación está conformado por 4 integrantes, cada uno debía colocar 50 encuestas al menos, aunque finalmente se entregaron aproximadamente 250. En algunos casos se entregaban varias a alguna institución con quien se hacía un convenio para recuperarlas, por lo regular luego de un par de semanas. Otra modalidad fue entregar varios cuestionarios a algún psicoterapeuta quien se comprometía a involucrar a otros colegas, en muchas ocasiones el cuestionario se entregó a un solo psicoterapeuta quien acordaba llamar una vez que hubiera completado la tarea. El grupo de investigación llevaba una lista en la que se tenía el control del número de cuestionarios entregados a cada persona o institución para dar seguimiento a las mismas, se establecía un tiempo de entrega de dos semanas o bien se acordaba con las personas que llamaran una vez que la respondieran, cada investigador se hacía cargo de dichos cuestionarios que había entregado y uno de ellos iba reuniéndolas tal y como se recibían (en sobre sellado).

Una vez que se recuperaron las primeras 80, el equipo de trabajo se reunió para abrir los sobres, así como descartar aquellas inválidas (respondidas en menos de un 50%). Se comenzó a hacer el vaciado en Excel. Hubo un segundo momento al tener las últimas 40 que se lograron captar, para lo cual se realizó el mismo procedimiento. La investigación se basa en un total de 120 cuestionarios recolectados a mediados del 2010, los cuales estaban respondidos al menos en un 50%, aunque la mayoría de los tomados en cuenta estaban respondidos entre el 90 y 100%. Aproximadamente 100 más no se recuperaron debido a las negativas de aquellos a quien se había considerado en la

investigación. No respondieron a las llamadas, postergaban continuamente la entrega, algunos abiertamente comentaron no tener tiempo de responder.

2.3. REGISTRO DE DATOS

Para realizar el vaciado de la información recolectada con los cuestionarios se realizó una tabla de Excel. Las preguntas abiertas se categorizaron en temas generales y las distintas respuestas se colocaban en cada categoría, por ejemplo la pregunta 8.89 ¿Cuál es tu punto más fuerte como terapeuta? De las 120 respuestas obtenidas para dicha pregunta surgieron las siguientes categorías: creatividad, disfrute, empatía, escucha, formación, formalidad, intuición, otras características personales y las casillas en blanco, así se estableció la gráfica con estos grandes rubros, y se repitió el proceso en las preguntas abiertas.

En cuanto a las preguntas con opción múltiple numérica se capturaron de acuerdo al valor de la respuesta es decir, en las escalas 0 a 3, 0 a 5 y 0 a 10. Se capturaron de acuerdo al valor que el encuestado marcaba.

En las preguntas de sí/no y de opción múltiple se capturó la presencia o ausencia de la respuesta por medio de una marca (x), lo que después permitió contar cada una de las marcas para la opción elegida. Ejemplo.-

- Pregunta:
 - ¿cuáles es su estado civil actual?
- Respuestas:
 - Soltero/a sin compromiso
 - Soltero/a en una relación afectiva
 - Conviviendo con un compañero/a
 - Casado
 - Separado/a o divorciado/a
 - Viudo/a
 - Vuelto a casar

2.4. ENCUADRE ÉTICO DEL ESTUDIO

Esta investigación prescinde de un consentimiento informado explícito de parte de sus participantes puesto que el cuestionario por sí mismo no incluye ninguna pregunta que permita identificar a aquellos que lo responden. La carta que se incluía con el cuestionario, como ya se mencionó, describe el objetivo, así como las instrucciones para la participación, por lo que al contestar y entregar el cuestionario en el folder sellado implicaba la aceptación de su participación en la investigación.

El vaciado de la información garantizó también la confidencialidad y anonimato al ser siempre manejados en grandes grupos y divididos al azar por los investigadores. Los resultados además siempre se presentan agrupados y la categorización de las preguntas abiertas contribuye a mantener siempre el anonimato de los participantes.

La selección de psicoterapeutas se realizó con base en los criterios antes mencionados: a quien poseía un título de licenciatura sin restricción o preferencia por alguna en especial, que haya adquirido algún grado que considere necesario y suficiente para ejercer la psicoterapia, ya sea un diplomado, maestría, especialidad o incluso curso, que ejerciera como psicoterapeuta al momento de ser encuestado, con el marco teórico de su elección. Se realizaba la invitación de manera verbal ya sea directamente o a través de algún directivo de las distintas instituciones en las que se entregaron cuestionarios, una vez que la persona accedía a colaborar se entregaba el sobre con el cuestionario y una carta que explicaba los fundamentos y el objetivo de la investigación, los procesos a seguir, el tiempo aproximado que se lleva para responder el cuestionario, la forma en que se recogería el cuestionario, qué se haría con él, incluso cuestionando si se estaba interesado en recibir los resultados. Una vez respondido el cuestionario, algún miembro del equipo lo recuperaba y permanecía cerrado hasta que se reuniera el total de los mismos. Con el objetivo de agilizar el proceso de recopilación de datos se comenzó el vaciado teniendo 80 cuestionarios, siendo ya un número que permitía no identificar a los participantes, pues se mezclaban. Posteriormente cada investigador tuvo la tarea de realizar el vaciado de 20 cuestionarios en la tabla de Excel. Al recibir los 40 restantes se realizó el mismo procedimiento para garantizar el anonimato.

2.5. DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO

Se utilizó el Cuestionario común sobre el desarrollo del psicoterapeuta en su traducción al español: CCDP o DPCCQ por sus siglas en inglés (“Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire”). Está dividido en nueve secciones:

1. Acerca de su formación especializada profesional
2. Acerca de su experiencia profesional
3. Acerca de su desarrollo personal como terapeuta
4. Acerca de la terapia personal
5. Acerca de su orientación teórica
6. Acerca de su desarrollo profesional actual
7. Acerca de su práctica psicoterapéutica actual
8. Acerca de su trabajo terapéutico actual
9. Acerca de usted mismo

En la presente investigación se aborda la sección nueve, *acerca de usted mismo*, que consta de 81 reactivos y se refiere a la vida personal del psicoterapeuta al momento de su ejercicio profesional, con la intención de medir, conocer e interpretar su situación familiar, el estado emocional, las actividades recreativas y de auto-cuidado, espiritualidad y relaciones interpersonales íntimas.

2.5.1. DESARROLLO DEL CUESTIONARIO COMÚN PARA EL DESARROLLO DE LOS PSICOTERAPEUTAS (CCDP)

Orlinsky y Rønnestad (2005) mencionan que el cuestionario es autoaplicable por cada psicoterapeuta, quien debe describirse profesional y personalmente e incluir información que directamente evalúa e indirectamente refleja su desarrollo personal así como aquellas experiencias que pueden haber facilitado o dificultado dicho desarrollo, detectan cuatro rubros, dos que dependen directamente de la perspectiva del terapeuta, su punto de vista sobre su carrera desde que inició hasta la fecha, además de su opinión sobre su desarrollo actual en el área profesional. Dos rubros más que pueden también usar información de los reportes del terapeuta o de observadores externos.

El diseño del cuestionario (Orlinsky y Rønnestad, 2005) se llevó a cabo por más de 18 meses durante 1990 y 1991, por un *grupo focal* teniendo siempre como objetivo que las preguntas realmente representaran las experiencias que los diseñadores del cuestionario hayan tenido como terapeutas, así como lograr conceptualizar las facetas de experiencia exploradas para asegurar una cobertura sistemática del tema tratado.

El cuestionario ha tenido modificaciones a lo largo de estos años, en la medida que los investigadores de diversos países se han interesado en distintos aspectos del psicoterapeuta. Fue originalmente diseñado en inglés por un equipo multilingüe de investigadores (Americanos, belgas, alemanes, ingleses, franceses, holandeses, italianos y suizos). Ha sido traducido en árabe, chino, danés, holandés, finlandés, alemán, francés, griego, hebreo, húngaro, italiano, japonés, coreano, noruego, polaco, portugués, ruso, español, sueco y diferentes versiones de inglés americano e inglés británico, cada traducción fue sometida a evaluación por un par de investigadores bilingües antes de ser usada para recolectar información; cada juez calificaba cada pregunta y el set de instrucciones con una escala de 4 puntos según considerara la precisión de la traducción (1=excelente, 2= bueno, 3= marginal, 4= pobre). Las traducciones se aceptaban siempre y cuando ambos investigadores calificaban cada ítem y su instrucción como buena o excelente. Cuando no era así se volvían a revisar hasta que cumplieran este criterio. Aquellos ítems de un solo adjetivo se checaron de manera independiente traduciéndolos de nuevo al inglés.

El cuestionario CCDP tiene un total de 431 ítems, la mayoría diseñados en una escala de respuesta estructurada o lista de control para estandarización y fácil respuesta, también se incluyen preguntas abiertas. Está dividido en 10 partes y a continuación se especifica el contenido de cada una de ellas.

0. La sección cero contiene 5 ítems que solicitan información de *identidad personal* como fecha de nacimiento, género, país de origen y fecha en que se responde el cuestionario.
1. La primera parte *Acerca de su formación especializada profesional* consta de 23 ítems que se refieren a la identidad profesional, la formación y grupos profesionales a los que se encuentre afiliada la persona.

2. *Acerca de su experiencia profesional* con 21 ítems que tratan sobre el tiempo de práctica, el tipo de casos que atiende, el propio proceso psicoterapéutico, honorarios.
3. La tercera parte (51 ítems) recaba información *acerca de su desarrollo personal como terapeuta*, existen preguntas en las que se pide comparar habilidades actuales con aquellas que se tenían al inicio de la práctica profesional, así como la orientación teórica al momento de contestar la encuesta y al inicio de su ejercicio profesional, y las experiencias que han influido tanto positiva como negativamente su desarrollo profesional.
4. La cuarta parte *acerca de la terapia personal* (23 ítems) pide información sobre hasta cuatro distintos procesos terapéuticos personales del terapeuta, el tipo, duración, orientación, motivo por el que se tomó, así como una valoración personal del proceso.
5. La quinta sección (52 ítems) *acerca de su orientación teórica* actual incluyendo el tiempo que llevan utilizando los marcos teóricos que guían su práctica, los objetivos de trabajo que establecen con mayor frecuencia y la manera que consideran ideal para relacionarse con los pacientes.
6. La parte 6 *acerca de su desarrollo profesional actual* contiene 36 ítems, aborda las sensaciones que genera su trabajo profesional en la actualidad, aquellas experiencias que puedan tener una influencia tanto negativa como positiva en su desarrollo así como sus sentimientos durante las sesiones con los pacientes.
7. Con 43 ítems la sección 7 *acerca de su práctica psicoterapéutica actual*: lugares en los que ejerce la psicoterapia, el número y tipo de pacientes que se ve, el número de casos que atiende en la actualidad, las diferentes modalidades de tratamiento. Además de cuestionar qué tanta libertad, apoyo y satisfacción perciben tener en su espacio laboral más importante.
8. La sección 8 *acerca de su trabajo terapéutico actual* (96 ítems) aborda las dificultades con las que los terapeutas se encuentran al trabajar con sus pacientes en la actualidad y las estrategias que utilizan para lidiar con ellas. Esta sección examina también la flexibilidad o rigidez al manejar las limitantes del proceso terapéutico, el estilo interpersonal o forma de relacionarse con el paciente y varias preguntas abiertas sobre sus fortalezas y limitaciones.

9. La última sección, *acerca de usted mismo* consta de 81 preguntas que abordan características personales: estatus marital, la minoría a la que pertenecen, características de su familia de origen, niveles generales de satisfacción y estrés en su vida, sobre el bienestar emocional, su manera de relacionarse con personas a quienes considera cercanas, actividades recreativas y de autocuidado, religión en la que fue criado y aquella a la que pertenece en la actualidad.

Como se observa es basta la información que se explora, es así que Orlinsky y Rønnestad (2005) aseguran que la extensión del cuestionario por sí mismo, implica que aquellos que lo responden deben estar realmente motivados.

Se utiliza entonces este cuestionario que surge de una investigación internacional que ya fue piloteado y traducido al español por Alejandro Ávila Espada y revisado por Margarita Tarragona (México), dicha versión fue revisada y autorizada por D. Orlinsky (Universidad de Chicago) y el equipo asesor del SPR/CRN (Society Psychotherapy Research / Collaborative Research Network), por lo cual no requirió de piloteo previo a su aplicación en esta investigación.

2.5.2. ESTRUCTURA DE LA SECCIÓN *ACERCA DE USTED MISMO*

La sección nueve del CCDP, es la última sección en integrarse al instrumento a partir de la complementación de dos estudios, el primero titulado “Development of Psychotherapists: Concepts, Questions, and Methods of a Collaborative International Study” (Orlinsky, y otros, 1999) en donde la sección nueve aparece con 42 preguntas integrada por los siguientes elementos: nacionalidad, pertenencia a un grupo minoritario, estatus marital, nivel de satisfacción y estrés en su vida, bienestar emocional y manera de relacionarse con personas a quienes considera cercanas; posteriormente en la investigación “¿Quiénes somos y qué hacemos en psicoterapia los Junguianos Latinoamericanos? (Carrasco, Gillet, Moreno, Dussaillant, & Oettinger, 2010), se utilizó una versión breve del CCDP, propuesto por Orlinsky, que fue ajustada y complementada en función de las consideraciones propias del estudio, el cuestionario incluyó 43 preguntas que exploraron respecto a: las características socio-demográficas, identidad profesional, características de la formación y la práctica psicoterapéutica, auto-

percepciones respecto al rol del terapeuta, religión y espiritualidad, autodefinición como junguiano.

Es por lo anterior que en esta investigación se utilizó la versión más completa del CCDP hasta el momento de la aplicación, por lo que la sección nueve es la que sufre los cambios más significativos en comparación de otros estudios a nivel internacional, quedando estructurada de la siguiente forma:

- Datos socio-demográficos.- incluye nacionalidad y minoría social, con únicamente dos ítems.
- Datos familiares.- incluye 9 ítems en los cuales se explora el estado civil, información sobre hijos y la familia de origen.
- Autopercepción actual.- con 24 ítems explora la sensación personal actual, las actividades de recreación y auto-cuidado, así como el estado emocional actual.
- Problemas personales.- un solo ítem que explora hasta qué punto considera que su desarrollo como terapeuta se ha visto influido por el deseo de explorar y resolver problemas personales.
- Espiritualidad.- incluye religión en la que fue criado, importancia de la religión durante distintas etapas de vida, espiritualidad actual, importancia de las experiencias espirituales en la actualidad y la influencia de la propia religión en el trabajo como terapeuta. En total son 17 ítems.
- Relaciones personales.- incluye la auto-descripción de las propias relaciones personales íntimas o cercanas a partir de 28 adjetivos que las describen.

Cabe mencionar que la agrupación fue determinada para generar categorías que facilitaran la presentación de los resultados, con la misma finalidad se consideraron los 5 ítems de la sección cero.

CAPÍTULO III. MARCO DE REFERENCIA

El interés de nuestro estudio global surge de la necesidad de establecer un marco de referencia sobre el perfil de aquellos que ejercen la psicoterapia como profesión en nuestra región, no sólo resulta importante conocer sus antecedentes laborales y de formación, sino las características personales y los efectos que esta actividad puede tener en ellos. Sólo a partir de este conocimiento se puede comenzar a establecer si la formación de los terapeutas es suficiente o no para ofrecer un servicio de calidad, si hay algunos factores que garanticen una experiencia más positiva en los terapeutas al trabajar con personas en este rubro, o si hay elementos que dificulten no sólo su ejercicio profesional, sino deteriore su calidad de vida.

Quizá ambicioso, pero también motiva este estudio lograr identificar parámetros indispensables para que alguien pueda autodenominarse psicoterapeuta y existan criterios más homogéneos y por lo tanto pueda ofrecerse un servicio de mayor calidad a las personas.

Los escasos estudios en nuestro país, y particularmente en nuestra ciudad, relacionados con el psicoterapeuta como persona y como profesional confirma la necesidad de búsqueda.

3.1 ANTECEDENTES

El ejercicio de la psicoterapia pone en juego necesariamente a la persona que la ejerce, sus antecedentes, su historia, sus experiencias, además de su formación teórica y técnica; el terapeuta presenta todo lo que es al estar frente al otro, entonces, conocer quiénes son los terapeutas, cuáles son estas características que poseen y con las cuales ejercen su trabajo es un acto de responsabilidad y ética por parte de los que nos dedicamos a dicha profesión, esto es algo asumido, pues los espacios de supervisión y de la propia psicoterapia tienen esos objetivos, sin embargo como mencionan Orlinsky y Rønnestad (2005) “Necesitamos entendernos colectivamente como profesión (o más precisamente, como un grupo de profesiones relacionadas) para supervisarnos a nosotros mismos como profesionales y para desarrollarnos óptimamente como profesión, necesitamos obtener información precisa en lo que se refiere a quienes somos, qué

hacemos y qué tan bien lo hacemos ... la única vía realmente confiable hacia un autoconocimiento colectivo es a través de investigación empírica sistemática” (p.4).

La mayoría de las investigaciones focalizan su estudio en las consecuencias de la psicoterapia en relación con el consultante, sin embargo hasta hace poco se ignoraba la influencia que ejerce esta relación sobre el terapeuta. Esta influencia puede tornarse negativa y destructiva, o favorecer el crecimiento, ser eficiente y curativa. Son muchos los factores que pueden influir sobre la vida y las relaciones personales del profesional de la psicoterapia quien, en algunos casos, invierte varias horas al día en este trabajo. Esta particularidad es la que atañe a la presente investigación.

Para entender esta influencia sobre la vida y las relaciones del psicoterapeuta, es necesario hacer una primera división de los factores que intervienen en su formación como tal. Esta división es temporal, y corresponde a: los factores presentes antes de la elección de la profesión, un segundo momento correspondiente a los factores presentes durante la formación y finalmente los factores existentes durante el ejercicio profesional.

Sobre los primeros factores, correspondientes a la influencia previa de la elección de carrera, Cozolino (2011) dice que “la disposición innata se combina con influencias ambientales y parentales para determinar cuáles niños llegarán a ser cuidadores” (p. 206), esta elección depende tanto de nuestros patrones de apego, historial del trauma y pérdida, dinámica familiar y los retos que enfrentamos a lo largo de la vida.

También podemos decir que la psicoterapia es una ocupación con la que muchos nos ganamos la vida, que implica habilidades, conocimientos, capacidades, metas, técnicas, algunas adquiridas y otras que necesitan aprenderse y practicarse o se van adquiriendo progresivamente a lo largo de la preparación como terapeutas. Los psicoterapeutas ejercemos de muchas maneras y en medios diferentes ayuda, consejo, alivio, acompañamiento en las aflicciones de los otros. Parte de lo que nos permite elegir esta profesión, además de los requisitos para obtener el grado, son los factores inherentes al rol de psicoterapeutas, que interactúan con los elementos personales que influyen en nuestra elección (Guy, 1995).

Es decir además de los factores inconscientes en la elección, también hay motivaciones socioculturales que nos motivan al escoger esta actividad profesional.

Existen un grupo de satisfacciones que nos llevan a esta elección, por ejemplo, la independencia profesional y el estilo personal de práctica singular, las compensaciones económicas, que aunque no es la más lucrativa comparada con otras, los ingresos pueden ser considerables. Otra satisfacción se relaciona con la variedad en la población que pueda llegar de pacientes y de problemas de ellos. El reconocimiento y prestigio que podría tenerse por esta vocación, de parte del entorno al afirmar que se es un profesional de “la salud mental”. Respecto a este punto Guy (1995) afirmó que ser psicoterapeuta genera en algunas personas la sensación de pertenecer a una “fraternidad única de individuos especiales”, que son capaces de compartir y absorber el dolor y sufrimiento humano sin que aparentemente se vean afectados por muchos efectos negativos. La estimulación intelectual y el desarrollo personal, así como las satisfacciones y realizaciones emocionales para el terapeuta son otros factores que intervienen.

Respecto al segundo momento, hay que sumar las constantes interrogantes que surgen durante el tiempo de formación, dudas que cuestionan a los estudiantes sobre si es acertado o no el camino que han decidido emprender: “¿cómo puedo hacer esto si me siento tan confundido y tengo tantos problemas?... ¿cómo puedo ayudar a otros si no puedo resolver mis propios problemas? Creía que estaba cuerdo, pero ya no estoy tan seguro. Debí haberle hecho caso a mi padre y ser abogado. Cuando menos, ellos no tienen que estar en sus cabales... estos sentimientos son un obstáculo en el camino para llegar a ser terapeuta. Todos necesitamos cobrar conciencia de nuestro dolor e incertidumbre y utilizarlos para crecer” (Cozolino, 2011, pág. 33), este crecimiento se va a generar a partir del enfrentamiento de todos esos temores que surgen, así como el entendimiento y la aceptación de las propias limitaciones y confusiones.

Es así como este primer encuentro con el campo elegido, sienta las bases del tipo de relación y su influencia, entre el psicoterapeuta y su labor frente al consultante.

En cuanto a los factores existentes durante el ejercicio profesional, en todo el estudio se abordan los antecedentes de las facetas del trabajo terapéutico, los patrones que dicho trabajo entretienen; desde los aspectos personales, las dimensiones del trabajo, retos, relaciones, el entorno, entre otras, que como lo menciona Orlinsky (2008), estos conceptos son hebras que irán uniéndose y formando un tapiz, el de la vida personal del psicoterapeuta. Además de las áreas con las que diversos autores ya han relacionado el

ser y quehacer del Psicoterapeuta (trabajo, vida personal, familia, cultura, edad, formación).

Estos elementos que llevan a una persona a optar por convertirse en psicoterapeuta, desde su elección hasta su formación, aunado a las variables que se presentan en el quehacer en la relación con el consultante, enmarcan la vida, no sólo profesional, sino también la personal del psicoterapeuta, ya que como lo menciona López (2010), el psicoterapeuta sigue siendo un humano, sujeto, persona, dentro del escenario clínico.

Es por esto que el psicoterapeuta debe comprenderse también como una persona total y completa, Orlinsky y Rønnestad (2005) plantean visualizar la psicoterapia como una relación profesional-personal, donde se busca aliviar la aflicción y mejorar el bienestar de los pacientes, y para que dicha mejoría suceda no solo los procedimientos terapéuticos son importantes, sino que la relación entre los individuos juega un papel fundamental, es así que la investigación del aspecto personal del terapeuta es igual de importante que lo relacionado con la formación y con la práctica profesional.

Los estudios del Dr. Orlinsky y Rønnestad (2005) nos brindan luces sobre este aspecto, y por ello es la base del presente trabajo. El CCDP nos permite hacer una exploración exhaustiva sobre el desarrollo de los psicoterapeutas, desde los tres momentos antes mencionados: los factores que se anteponen a la elección de la profesión, los diversos elementos que conforman el ejercicio de la práctica, así como las características actuales de la vida personal de quien ejerce la profesión.

Como ya se mencionó esta investigación se centra en las características personales de la vida del psicoterapeuta, pero antes de adentrarnos en la descripción teórica de los elementos que la componen, es importante, a manera de contextualización, hacer una descripción general de la estructura del instrumento total.

3.2. EL INSTRUMENTO

Orlinsky y Rønnestad (2005) realizaron un estudio titulado “Cómo se desarrollan los psicoterapeutas” basado en la recopilación de datos otorgados por psicoterapeutas desde hace 15 años, la riqueza y seriedad del estudio impulsan a que México no se

quede atrás en la colaboración para este estudio del que podemos aprender mucho de nosotros mismos, principalmente para realizar propuestas que mejoren la calidad de la profesión y del profesional, ya que a pesar de que han existido estudios sobre el psicoterapeuta, pocos se detienen a indagar sobre su vida personal.

Orlinsky y Rønnestad (2005) afirman que luego de los años cincuenta han existido pocos estudios mayores como los de Henry (1971 y 1973), así como Rønnestad y Skovholt (1995 y 2003); cita algunas de las áreas en las que más estudios se encuentran:

1. Investigación sobre cómo afecta el terapeuta al tratamiento (Beutler, Cargo y Arizmendi, 1986); (Beutler, 1994); (Beutler, 2004); (Parloff, Waskow y Wolfe, 1986).

2. Investigación sobre el entrenamiento de los terapeutas (Matarazzo, 1971, 1978); (Matarazzo y Patterson, 1986).

3. El estrés y síndrome del burnout (agotamiento) en el terapeuta (Brady, Guy, Polestra y Brokaw, 1999); (Deutsch, 1984, 1985); (Farber, 1983); (Guy y Liaboe, 1986); y muchos otros.

4. La terapia personal del psicoterapeuta (Deutsch, 1985); (Geller, Norcross y Orlinsky, 2005); (Guy, Stark y Polestra, 1988); (Mac Devitt, 1987); (McNamara, 1986).

5. Los estándares éticos y de conducta del psicoterapeuta (Borys y Pope, 1989); (Pope, Keith, Spiegel y Tabachnick, 1994).

6. Selección, entrenamiento y supervisión de los estudiantes de psicoterapia (Bernard y Goodyear 2004); (Crits-cristoph, 1998); (Gurman y Razin, 1977); (Holt y luborsky, 1958); (Kivlighan, Schuetz y Kardash, 1998); (Ladany, Hill, Corbett y Nutt, 1996); (Light, 1980); (Matarazzo 1981, 1978); etc.

7. Efectos del entrenamiento y experiencia profesional: (Anthony, 1967); (Auerbach y Johnson, 1977); (Berman y Norton, 1985); (Botermans 1996); (Hill, Charles y Reed, 1981); (Kopta, Newman, McGovern y Angle, 1989).

8. Las variaciones en los enfoques teóricos de los terapeutas: (Ambühl y Orlinsky, 1995, 1999); (Arthur, 2000); (Elliott, Orlinsky, Klein, Amer y Partyka, 2004).

Teniendo estos antecedentes, Orlinsky y Rønnestad (2005) llevan a cabo su investigación, la cual es tomada como base para el desarrollo metodológico del presente estudio sobre el desarrollo de los psicoterapeutas en nuestra región.

El estudio, se enfoca en todos aquellos aspectos que van formando al psicoterapeuta como tal. Se inicia en 1989, como una empresa cooperativa por la Sociedad para la investigación en psicoterapia (SPR), Cadena Colaborativa de Investigación e incluye terapeutas de distintas nacionalidades, con diversos antecedentes profesionales y una variedad de orientaciones teóricas (Orlinsky y Rønnestad, 2005).

Originalmente las metas a largo plazo se centraron en cuatro preguntas generales:

1. ¿En qué aspectos se desarrollan los psicoterapeutas a lo largo de sus carreras?
2. ¿Qué circunstancias y factores personales y profesionales influyeron positiva o negativamente el desarrollo de los psicoterapeutas?
3. ¿Cómo el desarrollo de los psicoterapeutas influye en su trabajo y en su vida personal y profesional?
4. ¿En qué medida los patrones del trabajo terapéutico, el desarrollo profesional y los factores que los influyen, son similares entre todos los terapeutas, y en qué medida difieren por campo de acción, influencia teórica, nacionalidad u otras características (Por ejemplo género, edad, etc.)?

Estas preguntas a su vez derivan muchas otras según señalan Orlinsky y Rønnestad (2005), tales como ¿Quién practica la psicoterapia en distintos países? ¿Qué tipo de entrenamiento reciben? ¿Dónde, cuándo, cómo, con quién y cuánto practica? ¿Qué modalidades de tratamiento utilizan en su práctica? ¿Cómo ven los terapeutas su trabajo con los pacientes? ¿Qué objetivos persiguen? ¿Qué tipo de habilidades utilizan, qué dificultades encuentran y como lidian con dichas dificultades? ¿Qué dificultades y complicaciones los terapeutas encuentran en su trabajo y cómo les afecta personalmente? De hecho ¿Cómo son los terapeutas como personas? ¿Qué tan bien o no se relacionan en sus propias vidas personales? ¿Qué tan gratificante resulta su trabajo y qué tanto obtienen satisfacción en otras actividades? Entre otras cosas.

Todas estas interrogantes, permiten entretejer la complejidad del individuo que se ubica en el rol de psicoterapeuta, y es así que “creemos que mejor conocimiento sobre los psicoterapeutas mismos es esencial para los investigadores quienes buscan entender la

naturaleza de la influencia de los terapeutas en los procesos terapéuticos y en sus resultados” (Orlinsky & Rønnestad, 2005, pág. 8)

Finalmente después de la suma de varias investigaciones en diversos países se obtiene como resultado final la conformación de CCDP que utilizamos en la presente investigación, el cual pretende:

1. Documentar el conocimiento sobre las áreas de especialidad que predominan en los terapeutas y sus enfoques teóricos.
2. Señalar la importancia que otorgan a sus propios procesos psicoterapéuticos y a la supervisión.
3. Indagar qué tan conformes están con ellos mismos, cómo desarrollan su práctica profesional en cuanto al número de horas que dedican, al tipo de consultantes que atienden, grupos de edades que predominan, honorarios.
4. Detectar la influencia que tiene el ejercicio profesional sobre su vida y la manera en que sus características personales influyen en su forma de estar con el consultante, las características personales del terapeuta en distintas áreas: religión, interrelaciones, estado civil, etc.

Como podemos observar, estos cuatro puntos no se limitan a la pregunta “¿Cómo llegamos a ser psicoterapeutas?” que a pesar de ser interesante en sí misma, resulta más al ser escuchada por psicoterapeutas en formación, quienes como describe Cozolino (2011), somos propensos a la introspección; sin embargo, Orlinsky y Rønnestad (2005) van más allá al plantear la pregunta “¿Por qué sigo siendo Psicoterapeuta?” dotando de mayor relevancia a este cuestionar. En definitiva, ser psicoterapeuta implica trabajar con la propia persona al servicio del otro.

Para respondernos y poder entender la complejidad del psicoterapeuta como individuo, Orlinsky y Rønnestad (2005) encontraron cuatro acercamientos empíricos viables, cada uno de ellos con sus respectivas ventajas y desventajas:

1.- **Análisis longitudinal**, que es el más escuchado en los estudios relacionados con el desarrollo. Este estudio requiere tomar una muestra de individuos con ciertas características que serían observadas cómo, y cuánto cambian a lo largo de un tiempo determinado.

2.- Otro acercamiento es a través de una **comparación de sección transversal** entre grupos de individuos con diferencias en sus vidas y carreras.

Además de los dos anteriores, hace uso de la metodología fenomenológica, cuya ventaja principal se muestra cuando el fenómeno esencial de estudio aún no se tiene claro o lo suficientemente teorizado, como es el caso del desarrollo del psicoterapeuta. De esta metodología se desprenden dos tipos de acercamiento.

3.- Uno de los acercamientos se centra en la experiencia global, desde los primeros días del trabajo terapéutico hasta la actualidad. Este puede ser denominado el **Desarrollo acumulativo de la carrera**.

4.- Otro acercamiento fenomenológico se centra en la experiencia de cambio actual del terapeuta, cómo se ha desarrollado o declinado, si ha crecido o se ha deteriorado, a este método lo podemos denominar **Desarrollo actualmente experimentado**.

En ambos casos los terapeutas pueden ser cuestionados de forma directa sobre sus ideas de desarrollo y de manera indirecta sobre aspectos de su experiencia que pueden ser vistos como evidencia de desarrollo. La mayor limitante en ambos acercamientos fenomenológicos es su propensión al sesgo subjetivo. La combinación de estos cuatro enfoques, como se presenta en el CCDP, permite visualizar el complejo potencial al cuestionarnos sobre el desarrollo.

Como se observa, la inclusión de estos cuatro acercamientos empíricos requiere de una exploración bastante amplia, por lo que Orlinsky y Rønnestad (2005) aseguran que la extensión del cuestionario por sí mismo, implica que aquellos que lo responden deben estar realmente motivados, lo que ya nos arroja datos sobre la disponibilidad de los propios psicoterapeutas de ser partícipes de una investigación sobre quienes ejercen la profesión, es decir, ellos mismos.

A partir de estas 4 vías de acercamiento, los datos con los que disponemos, arrojados por el instrumento aplicado, nos permite analizar tres categorías que Orlinsky y Rønnestad (2005) denominan: *Desarrollo actualmente experimentado*, *Desarrollo acumulativo de la carrera*, y aspectos de *Cohortes comparativos de desarrollo*, los cuales se explicarán a continuación.

1.- Desarrollo Actualmente Experimentado

Se refiere al presente del psicoterapeuta, la experiencia actual de transformación, dónde se consideran las mejoras así como las problemáticas, y se contrasta con lo estable, es decir las constantes en el funcionamiento terapéutico.

Para clarificar el desarrollo actualmente experimentado se incluyeron dos factores:

- El primer factor fue definido como el *Crecimiento Actualmente Experimentado*, e incluye las preguntas directas positivas. Este factor sugiere un proceso de entusiasmo aumentado.
- El segundo factor se le llamó la *Disminución Actualmente Experimentada*, incluye las preguntas negativas. Refleja una respuesta apagada y erosionada, que puede registrarse como un estado de agotamiento.

2.- Desarrollo Acumulativo De La Carrera

Se refiere a la experiencia total de desarrollo del terapeuta, que abarca desde el primer contacto con pacientes en psicoterapia hasta el presente.

Orlinsky (2005) establece tres factores de desarrollo de la carrera:

- *Desarrollo de la carrera en retrospectiva*: preguntas que cuestionan directamente al terapeuta acerca de su desarrollo acumulativo.
- *Habilidad de Cambio*: se evalúa el desarrollo de la carrera en habilidades, comparándose indirectamente los terapeutas con ellos mismos. En un primer momento cómo eran *cuando empezaron su primer entrenamiento como terapeutas* y después cómo son *en el tiempo presente*.
- *Sentimiento de dominio terapéutico*: se refiere a la pericia técnica y habilidades relacionales avanzadas, representado en el CCDP como habilidades clínicas. Esto incluye el dominio de las técnicas y estrategias, entendimiento del proceso momento a momento, y la capacidad de acuerdo efectivo con el sutil trasfondo emocional y psicológico de la relación entre paciente y terapeuta.

3.- Cohorte Comparativo De Desarrollo

El principal reto en la evaluación de cohorte comparativo de desarrollo fue la definición conceptual de las categorías clínicamente significativas desde una medida continua de la duración práctica.

El resultado fueron 6 cohortes secuenciales con parámetros cronológicos:

- **Principiante:** Psicoterapeutas con menos de 18 meses de experiencia clínica.
- **Aprendiz:** Psicoterapeuta con más de 1.5 y menos de 3.5 años de experiencia.
- **Graduado:** Psicoterapeuta con más de 3.5 y menos de 7 años de experiencia.
- **Sólido:** Psicoterapeuta con más de 7 y menos de 15 años de experiencia.
- **Experimentado:** Psicoterapeuta con más de 15 y menos de 25 años de experiencia.
- **Superior:** Psicoterapeuta con más de 25 años de experiencia.

Además de estas 3 categorías Orlinsky y Rønnestad (2005) plantean algunos elementos que se correlacionan con la elección de la profesión como Psicoterapeuta e incluso menciona que pueden actuar como elementos de predicción del desarrollo de los mismos por ejemplo:

Características profesionales.- El desarrollo como psicoterapeuta está relacionado con la duración de la práctica, así como la variedad de enfoques con los que se ha trabajado o modalidades de tratamiento utilizadas, ya sea en grupo, pareja, familia o individual; así como con un entrenamiento especializado en psicoterapia, un proceso de supervisión y un proceso de terapia personal, estos últimos dos elementos han mostrado una correlación significativa, es decir, una influencia positiva en el desarrollo (Orlinsky y Rønnestad, 2005).

Características demográficas.- Se habla de que los terapeutas de mayor edad presentan un más alto nivel de desarrollo, sin embargo al cotejarlo con la duración de la práctica, la diferencia se desvanece; por tanto los investigadores de esta propuesta,

concluyeron que las diferencias son mínimas en cuanto a la edad, género o país, ya que no impactan de manera significativa el desarrollo de los psicoterapeutas.

Características de la práctica.- Existe una relación clara entre la percepción de apoyo y autonomía en el trabajo y el experimentar altos niveles de desarrollo profesional, de aquí surge la asociación con la práctica privada y sus ventajas sobre la práctica institucional y sus condiciones.

La experiencia de trabajo del terapeuta.- Es tal vez el elemento que más fuertemente se correlaciona con los más altos niveles de desarrollo. Al experimentar un mayor involucramiento en la curación, aunado a la supervisión y a la terapia personal, previamente mencionados, forman la triada de mayor influencia positiva.

El tiempo de práctica.- Considerado como una variable independiente, no representa un elemento fuerte para predecir el desarrollo psicoterapéutico. Mientras que, la percepción de crecimiento se observa presente en todos los niveles de experiencia, ya que se sigue considerando como un proceso que se renueva y regenera.

Características personales.- Las experiencias personales de vida, son consideradas importantes después de los elementos, donde el peso va más allá de la influencia intelectual o profesional e impacta de igual forma el desarrollo de los psicoterapeutas.

Podríamos decir que entre los elementos identificados para el logro de un prominente desarrollo profesional existen coincidencias en la importancia de la triada: El aprendizaje a través del trabajo con los pacientes, estar en terapia personal y tomar supervisión formal; vale la pena señalar que esta supervisión adquiere mayor relevancia a menor grado de experiencia y los eventos personales son comparativamente más importantes para los terapeutas más experimentados (Orlinsky y Rønnestad, 2005).

Además, Orlinsky y Rønnestad (2005) destacan diversas áreas que engloban a la persona que es el psicoterapeuta, a su quehacer en la psicoterapia y la interacción que se genera con el consultante. A continuación se resaltan (Tabla 1) ya que forman parte medular de la estructura del cuestionario CDDP.

El análisis conceptual de los componentes de la experiencia del trabajo terapéutico (ETT) va a diferenciar entre las Intervenciones Terapéuticas (Aspecto Instrumental) y las

Relaciones Terapéuticas (Comportamiento Interpersonal). Orlinsky (2008) afirma que en las Intervenciones Terapéuticas hay cuatro facetas en la experiencia de su trabajo: *Metas, habilidades, dificultades y las estrategias de enfrentamiento*, que se ponen en juego en las relaciones con un propósito.

TABLA 1 ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LOS COMPONENTES DE LA EXPERIENCIA DE TRABAJO DEL TERAPEUTA (Orlinsky & Rønnestad, 2005, pág. 42)

Aspectos de la conducta	ACCIONES DEL PSICOTERAPEUTA	
	Intervenciones Terapéuticas	Relaciones Terapéuticas
Aspecto Instrumental del quehacer	Metas del tratamiento	Agente en la relación
	Habilidades clínicas	
	Dificultades en la práctica	
	Estrategias de enfrentamiento	
Aspecto Social- Emocional	Sentimientos del terapeuta en sesión	Forma de relacionarse

1.- *Metas de tratamiento*, es decir el foco del trabajo terapéutico.

2.- *Habilidades clínicas*, es decir las habilidades terapéuticas para acercarse a las metas, como: ser persona genuina, capaz de enlazar al paciente en una alianza terapéutica, ser efectivo al entendimiento comunicacional y de sus preocupaciones, estar alerta a la transferencia y ser asertivo en sus reacciones hacia los pacientes.

3.- *Dificultades en la práctica*, estas se presentan cuando las habilidades fallan o los terapeutas no están seguros de usarlas adecuadamente.

4.-*Estrategias de enfrentamiento*.- aunque Orlinsky y Rønnestad destacan trece estrategias de enfrentamiento ante las dificultades en la práctica, de lo presentado en su investigación (How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth, 2005) la mayoría de los terapeutas reportan cuatro métodos de enfrentamiento principalmente: A) Revisar privadamente consigo mismo cómo los problemas han crecido, B) Intentar ver el problema de una perspectiva diferente, C) Discutir el problema con un colega, D) Consultar acerca del caso con terapeutas más experimentados.

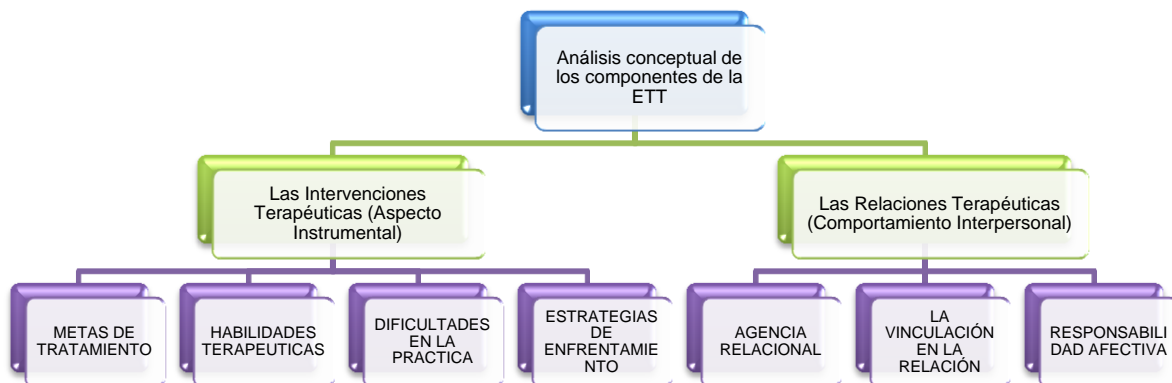
En cuanto a los aspectos personales de la experiencia en el trabajo, el enfoque está en cómo participan el paciente y terapeuta en la relación, como personas, con sus propias experiencias, y estas pueden ser:

1.- *Experiencia de agencia relacional como una fuente y catalizador de cambio terapéutico.*- Los psicoterapeutas son agentes de cambio en la relación terapéutica, así una faceta de su experiencia de trabajo inevitablemente se centra en sus cualidades.

2.- *Una experiencia global de relacionarse y formar vínculos con sus pacientes.*- Los participantes en la terapia interactúan como individuos teniendo una variedad de tratos y características no oficialmente relevante al rol de ellos en terapia (Edad, género, grupo étnico, status marital, antecedentes culturales, apariencia física, forma de vestirse, calidad vocal, modos personales y más). Estos se manifiestan en la terapia en diferentes grados y contribuyen a la creación interpersonal pura o contexto persona a persona para su trabajo terapéutico (Vínculo terapéutico).

3.- *Una experiencia de responsabilidad afectiva personal durante la interacción con los pacientes.*- Los sentimientos del terapeuta reflejan la respuesta personal de él mismo ante las vicisitudes del trabajo terapéutico. La ansiedad es esperada cuando la situación excede las habilidades del terapeuta. Por otro lado, el aburrimiento es esperado si se presentan fallas en las habilidades de la persona. El estado óptimo en la relación se espera cuando en un reto se da un empate entre las habilidades de la persona y las demandas en el ejercicio de la psicoterapia.

El siguiente esquema explica claramente lo anterior:



Ahora bien, Orlinsky y Rønnestad (2005) mencionan que las siete facetas anteriores, envuelven a la experiencia terapéutica, configurándose distintos perfiles de

relación desde las características personales del psicoterapeuta. Estos perfiles del tipo de relación en la experiencia del trabajo se describen a continuación, a partir del siguiente esquema:

- **Relación terapéutica.**- Definido por la personalidad del psicoterapeuta con **inversión** (Comprometido, participativo) y **eficacia** (Efectivo, organizado) como agente relacional **optimista**, que es **afirmante** (Que reconoce, amigable, cálido), **complaciente** (Permisivo, receptivo, nutricional) en su modo de relacionarse. Así como en una alta habilidad como experiencia en estados de crecimiento, estimulado e inspirado durante las sesiones de terapia. Usando estrategias de enfrentamiento constructivo cuando se trata con dificultades. Ante lo anterior, el rol terapéutico se vuelve efectivamente concentrado en una respuesta natural y espontánea al paciente y se provee el marco de la estructura.



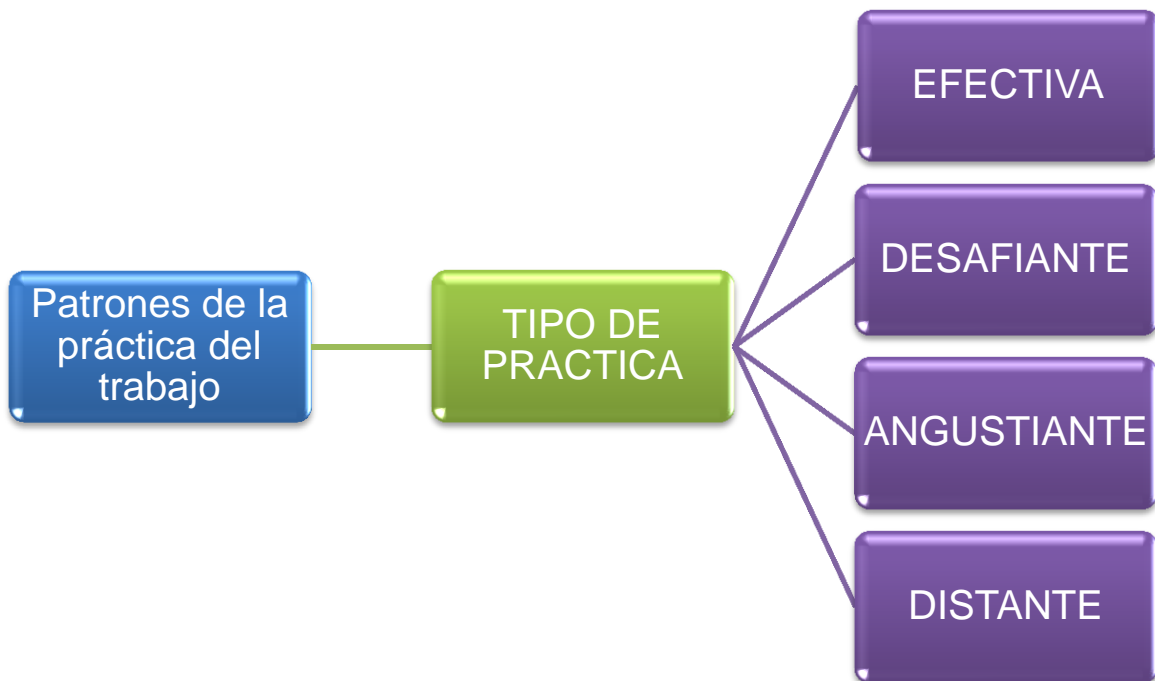
- **Relación estresante.**- Refleja lo que se define como “Dificultades en la práctica”, acompañada de sentimientos de ansiedad y aburrimiento durante las sesiones y una tendencia al enfrentar con dificultades a evadir el compromiso o enganche terapéutico (evadiendo el problema, esperando que esto desaparezca, considerando derivar o terminar el tratamiento con el paciente); los sentimientos llevan al terapeuta a sentir que sus habilidades son inadecuadas para la tarea a la que son confrontados. Las limitaciones y vulnerabilidades terapéuticas pueden ser por fallos en la terapia o por la enormidad de las tareas presentadas por los pacientes o su situación de vida.
- **Relación de control.**- Se experimentan como **dominantes** (directivo, demandante y reto), se presenta el esfuerzo de los terapeutas a controlar lo que está pasando, y esto parece el foco principal. No están tratando de controlarse a sí mismos, quizás es el miedo de perder el control en el proceso terapéutico. Existe también de forma secundaria una combinación de la sensación de ser eficiente y relacionarse con reserva (imparcial, objetivo, reservado, cauteloso) con una inclinación hacia evitar el compromiso-unión terapéutico cuando se confrontan las dificultades.

A partir de estos tres perfiles: *Relación terapéutica (RT)*, *Relación con el control (RC)* y *la Relación estresante (RE)*, Orlinsky (2005) observó que las principales variaciones en los resultados se influían con el estilo personal de los terapeutas y sus lealtades teóricas, sin que aparentemente haya una significancia clínica en el tratamiento a los pacientes, entonces se formaron los patrones de la práctica del trabajo: *Práctica efectiva*, *Práctica desafiante*, *Práctica distante o retirada* y *Práctica angustiante*.

- **Práctica efectiva.**- Es la más común reportada por los terapeutas, se centra principalmente en RT, invierten en el trabajo, fueron confirmantes, complacientes en la relación con los pacientes, experimentados en las sensaciones de crecimiento, ellos mismos sintieron habilidad y eficiencia y usaron estrategias constructivas de enfrentamiento ante las dificultades. En una perspectiva psicoterapéutica, parece una foto del mejor tipo de proceso.
- **Práctica desafiante o de reto.**- Esta incluye mucho de la RT y un poco de RE. El estudio reporta que un cuarto de los psicoterapeutas siente

desafiante o de reto la práctica. A pesar de encontrarse frecuentemente dificultades al dudar de sus habilidades y sentimientos de angustia durante las sesiones; ellos las manejan con estrategias constructivas de enfrentamiento.

- *Práctica angustiante.*- Una minoría lo experimenta y se caracteriza por menos RT y más RE, en donde los psicoterapeutas experimentan dificultades con los pacientes evitando el compromiso terapéutico, sintiendo ansiedad, aburrimiento frecuentemente en las sesiones. Este patrón parece presentar un marco de una psicoterapia que se va arrastrando con mucho dolor.
- *Práctica distante.*- Implica poco RT y un poco de RE, no necesariamente son indiferentes o distantes con sus pacientes, sino más bien con el trabajo mismo. Lo más relevante en esta práctica es que ni sienten que causan daño a sus pacientes, ni que ellos tampoco lo estresan o lo dañan enormemente.



Finalmente, Orlinsky y Rønnestad (2005) incluyen en su estudio un análisis sobre las características personales y las condiciones de la práctica:

1.-Características personales:

- Profesión
- Nivel de experiencia
- Orientación teórica

2.- Características demográficas:

- Género
- Edad
- Estatus marital
- Estatus social

3.- Condiciones de la práctica

- Espacio del tratamiento
- Modalidades del tratamiento
- Grupos de edad de los pacientes
- Niveles de impedimento

Hasta aquí se describe de manera general la conformación del CCDP, a partir de las diversas investigaciones a nivel internacional que han conformado el estudio del Dr. Orlinsky y otros sobre el desarrollo de los psicoterapeutas. Pero recordemos que la presente investigación se centra en la sección 9 de CDDP que se refiere a la vida personal del psicoterapeuta al momento de su ejercicio profesional. Esta sección es la de más reciente incorporación al instrumento y se describe a continuación.

3.3 ACERCA DE USTED MISMO: LA VIDA PERSONAL DEL PSICOTERAPEUTA

La motivación que da origen a la presente investigación es la intención de medir, conocer e interpretar la situación familiar, el estado emocional, las actividades recreativas y de auto-cuidado, espiritualidad y relaciones interpersonales íntimas, que conforman la vida personal del psicoterapeuta, esta información abarca el bloque 9 del CCDP.

Como ya se mencionó, la sección nueve es la de más reciente incorporación al instrumento ya que en “How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth” Orlinsky y Rønnestad no hacen mención de esta sección (2005), es hasta “Development of Psychotherapists: Concepts, Questions, and Methods of a Collaborative International Study” que la sección IX aparece descrita con 42 ítems,

preguntando sobre la nacionalidad, el estatus como minoría en el país de residencia, el estatus marital, el nivel de satisfacción y estrés, cualidades de la actual experiencia emocional y el concepto de sí mismo en la relaciones interpersonales cercanas (Orlinsky, y otros, 2010). Respecto al área sobre la religión y espiritualidad aparece en “¿Quiénes somos y qué hacemos en psicoterapia los Junguianos Latinoamericanos?” (Carrasco, Gillet, Moreno, Dussailant, & Oettinger, 2010) donde se hace una versión reducida del CCDP, supervisada y aprobada por el Dr. Orlinsky. En esta investigación la versión del cuestionario que se utiliza incluyó 43 preguntas que exploraban respecto a: las características sociodemográficas, identidad profesional, características de la formación y la práctica psicoterapéutica, auto-percepciones respecto al rol del terapeuta, religión y espiritualidad, así como autodefinición como junguiano.

En la versión del CCDP que se utilizó en esta investigación la sección 9 denominada *Acerca de Usted Mismo* está conformada por 81 ítems, estructurados de la siguiente forma:

Categoría	Pregunta	#	Tipo de Respuesta
Nacionalidad	¿Nació usted en un país diferente al que actualmente es su lugar habitual de residencia?	9.1	Sí-No + Especifique
Minoría Social	En el país en el que vive, ¿es usted considerado miembro de alguna minoría social, cultural o étnica?	9.2	Sí-No + Especifique
Familia	¿Cuál es su estado civil actual?	9.3	Opción Múltiple (OM) – 8
	¿Tiene hijos?	9.4	Sí-No + Cuántos + Edades
	¿Usted tiene hermanos o hermanas?	9.5	Sí-No + Cuántos
	¿Vive su padre?	9.6	Sí-No + Edad al morir
	¿Vive su madre?	9.7	Sí-No + Edad al morir
	¿Se divorciaron o separaron sus padres?	9.8	Sí-No + Edad al ocurrir
	<i>En general cuando usted estaba creciendo, ¿qué tanto...</i>		
	¿Tuvo usted la sensación de ser realmente querido y apoyado?	9.9	
	¿Experimentó usted algún trauma o abuso emocionalmente significativo?	9.10	Escala 0(Nada) – 5(Mucho)
	La familia en la que usted creció, ¿Tenía un adecuado funcionamiento psicológico y emocional?	9.11	
	<i>Actualmente, en su propia vida, ¿con qué frecuencia usted...</i>		
	¿Expresa libremente sus pensamientos y sentimientos íntimos?	9.12	
	¿Es capaz de experimentar momentos de gozo sin ningún tipo de reservas?	9.13	
	¿Se siente realmente querido y apoyado?	9.14	
	¿Se siente inmerso en algún conflicto personal, desilusión o pérdida?	9.15	
	¿Siente una gran carga de responsabilidad, preocupación o inquietud?	9.16	Escala 0(Nunca) – 5(Frecuentemente)
	Siente que sus relaciones emocionales e íntimas son satisfactorias	9.17	
	¿Se preocupa por el dinero o la seguridad económica?	9.18	
	¿Tiene preocupaciones por su salud física?	9.19	
	¿Se toma oportunidades para relajarse y disfrutar en su vida privada?	9.20	
	¿Siente que pertenece a una comunidad significativa para usted?	9.21	
	<i>¿Con qué frecuencia usted emplea las siguientes actividades con carácter recreativo y al servicio del auto-cuidado personal?</i>		
	Realizar actividades con familiares	9.22	

Auto percepción Actual	Participar en actividades sociales (ej. Reunión con amigos)	9.23	Escala 0(Nunca) – 5(Frecuentemente)
	Practicar deporte o entrenar en el gimnasio	9.24	
	Practicar Yoga o forma de meditación	9.25	
	Asistir a espectáculos como cine, teatro, exposiciones o conciertos	9.26	
	Practicar disciplinas de expresión estética (ej. Pintura, Escritura, Danza, ejecución musical)	9.27	
	Leer literatura no-especializada (ej. Novelas, poesía, dramaturgia)	9.28	
	Practicar alguna habilidad manual (ej. Tejer, jardinería, arreglos mecánicos, cocinar)	9.29	
	Realizar caminatas por al menos 1 hora	9.30	
	Viajar a una localidad distinta de la que se desenvuelve habitualmente	9.31	
	Otro	9.32	
	<i>En general...</i>		
Problemas Personales	Actualmente, ¿Cuán satisfactoria es su vida?	9.33	Escala 0(Nada) – 5(Mucho)
	Actualmente ¿Cuán estresante es su vida?	9.34	
Espiritualidad	¿Cómo describiría su actual estado emocional y bienestar psicológico?	9.35	Escala: Muy pobre, bastante pobre, más o menos, medianamente bueno, bueno, muy bueno
	¿Hasta qué punto siente que su desarrollo como terapeuta se ha visto influido por su deseo de explorar y resolver sus problemas personales?	9.36	Escala 0(Nada) – 5(Mucho)
	¿En qué Fe o religión fue usted criado/formado?	9.37	Abierta
	En general, ¿qué tan importante fue en su vida la religión, durante la infancia (hasta los 12 años)?	9.38	Escala 0(Para nada importante en mi vida) – 10(Lo más importante en mi vida)
	En general, ¿qué tan importante fue en su vida la religión, durante la adolescencia (de los 13 a los 19 años de edad)?	9.39	
	Actualmente, ¿qué tan importante es la espiritualidad en su vida?	9.40	
	¿Actualmente usted se identifica o pertenece a alguna religión o actividad espiritual específica?	9.41	Sí-No + Especifique
	<i>Actualmente, ¿Cuán importante es cada una de ellas en su propia vida?</i>		
	Un credo específico (o conjunto de creencias)	9.42	
	Moral personal y normas éticas	9.43	
	Tener en las experiencias personales una dimensión espiritual	9.44	
	Participar de un grupo o comunidad religiosa	9.45	Escala 0(Esto para nada es importante en mi vida en la actualidad) – 10(Esto es la parte más importante de mi vida en la actualidad)
	Celebrar la belleza y la dignidad del servicio religioso (culto/misa)	9.46	
	Encontrar una fuente de disciplina y propósito en la vida	9.47	
	Participar en la tradición de los feriados religiosos	9.48	
	Expresar la devoción personal de servicio al prójimo	9.49	
	Búsqueda de bienestar y armonía a través de la oración	9.50	
	Defender los valores históricos tradicionales (Defender las tradiciones históricas)	9.51	
	Otros	9.52	+ Especifique
	¿Qué tanto, su trabajo como terapeuta, se ve influido por su religión o experiencias espirituales?	9.53	Escala 0(Para el terapeuta no es en absoluto importante) – 10(Para el terapeuta es lo más importante) + Especifique
Relaciones Personales	<i>¿Cómo se describiría a usted mismo en sus relaciones personales íntimas o cercanas?</i>		
	Aceptador/a	9.54	
	Con autoridad	9.55	
	Desafiante	9.56	
	Frío(a)	9.57	
	Crítico/a	9.58	
	Exigente	9.59	
	Demostrativo/a	9.60	
	Decidido/a	9.61	
	Directivo/a	9.62	
	Entusiasta	9.63	
	Amigable	9.64	
	Cauteloso/a	9.65	Escala 0(Nada) – 3(Mucho)
	Intenso/a	9.66	
	Intuitivo/a	9.67	

Acogedor/a	9.68
Optimista	9.69
Organizado/a	9.70
Pragmático/a	9.71
Privado/a	9.72
Protector/a	9.73
Silencioso/a	9.74
Receptivo/a	9.75
Reservado/a	9.76
Escéptico/a	9.77
Sutil	9.78
Tolerante	9.79
Cálido/a	9.80
Sabio/a	9.81

Estas 7 categorías nos presentan de manera general, algunos de los elementos que conforman la complejidad de la vida personal de un psicoterapeuta. Por lo tanto es momento de considerar esta complejidad un poco más afondo en las siguientes líneas.

Torres (2000), citado por Moreno y Zohn (2013), señala que “la complejidad del mundo y de la cultura actual obliga a desentrañar los problemas con múltiples lentes, tantas como áreas de conocimiento existen; de lo contrario, es fácil que los resultados se vean afectados por las deformaciones que impone la selectividad de las perspectivas de análisis a las que se recurre” (p.85).

Es por ello que no podemos analizar el desarrollo del psicoterapeuta, sin considerar los diversos factores que componen su vida personal.

Los sujetos, incluidos los psicoterapeutas, somos seres en el mundo, que requerimos para comprendernos, amplias visiones que se percaten de la multiplicidad de dimensiones y facetas de nuestra existencia como individuos en circunstancias, condiciones y momentos históricos determinados (Moreno y Zohn, 2013).

Es así que en el momento actual en que nos encontramos insertados, la posmodernidad ha venido a cuestionarnos sobre nuestra creencia en una sola verdad, ahistórica y universal, mencionan Moreno y Zohn (2013), abriendo así el debate para señalar que el conocimiento, incluido el científico, es histórico, contextualizado y relativo.

Como ya se mencionó en el capítulo de introducción de la presente investigación, una propuesta que surge como respuesta a esta visión es el programa de la Maestría en psicoterapia del ITESO, cuyo diálogo interdisciplinario en relación con la práctica de la

psicoterapia y con la formación de psicoterapeutas se basa en las siguientes consideraciones:

- Buscar modos de utilizar aportaciones de distintas disciplinas en un diálogo permanente.
- El reconocimiento de la complejidad de la práctica psicoterapéutica.
- La apreciación del valor y utilidad de varias disciplinas en relación con la comprensión de los consultantes en sus propias situaciones de vida.
- Reconocer y aceptar la necesidad de ir más allá de la psicología y el psicoanálisis.
- El reconocimiento del factor Relación, Interacción y Comunicación, como un elemento común a varias propuestas importantes en psicoterapia.
- El reconocimiento del diálogo entre los mismos integrantes del equipo de la maestría debido a la diversidad de formaciones que en él convergían.
- El punto de partida y referencia son las situaciones concretas de la práctica psicoterapéutica. El diálogo se daría a partir de la descripción, comprensión y análisis de casos concretos de psicoterapia.

Y señalo también la influencia de Gendlin en Moreno (Moreno y Zohn, 2013) sobre los modos de proponer y propiciar el diálogo que parte, no de los conceptos, sino de lo vivido, integrando la dimensión experiencial del conocimiento y su importancia en la comprensión de ser humano como ser-en-interacción-con-su-ambiente.

En la propuesta de la Maestría en Psicoterapia del ITESO (Moreno y Zohn, 2013), el diálogo interdisciplinario se realiza en el proceso de formación de psicoterapeutas, siguiendo una metodología de proceso en espiral:

1. Parte de la práctica de la psicoterapia, problematizándola.
2. Planteamiento de preguntas, reflexionando y proponiendo respuestas provisionales.
3. Se consultan distintas disciplinas, saberes y autores para buscar posibles respuestas o caminos de solución.
4. Generación de nuevas respuesta provisionales.

5. Regreso a la práctica de la psicoterapia para verificar la validez y pertinencia de lo que se ha encontrado, construido, en esa situación particular.

Esta propuesta considera como uno de los elementos de este proceso desde el diálogo interdisciplinario el **Reconocer lo que senso, siento, pienso, imagino, recuerdo** (Moreno y Zohn, 2013), el cual “tiene que ver con la capacidad para identificar la vivencia y los significados del terapeuta cuando atiende a personas en psicoterapia, reflexionar sobre ésta práctica y poner esta reflexión al servicio del proceso” (p.96).

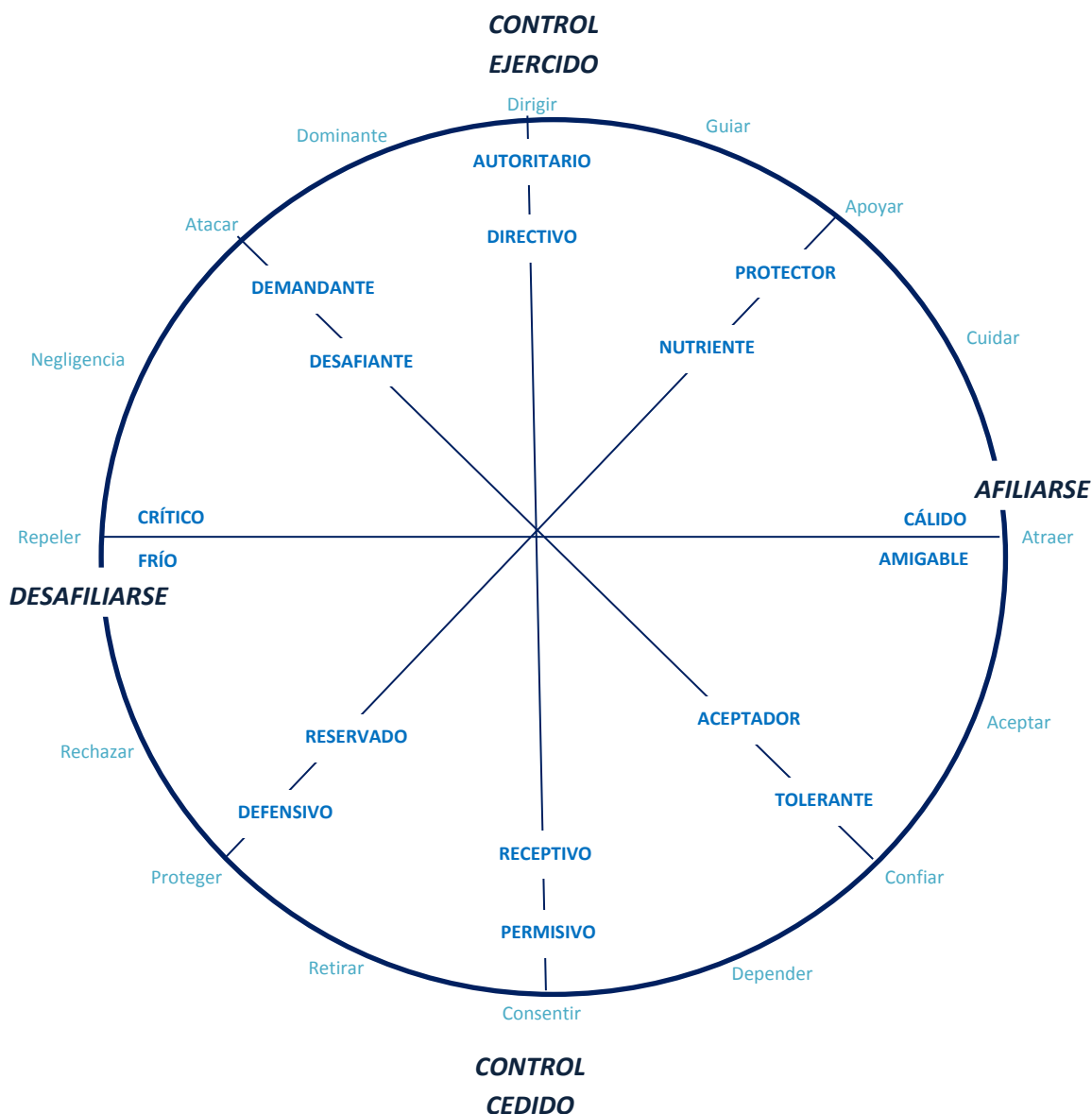
En su texto, Moreno y Zohn (2013) hacen la descripción de la configuración y transformación del Esquema Conceptual, Referencial y Operativo (ECRO) personal de cada uno de los participantes en la relación de ayuda (psicoterapeuta y consultante), así como los participantes en la relación de formación (alumno y profesor), a partir de los elementos que intervienen en el proceso de diálogo interdisciplinario en la práctica psicoterapéutica.

El concepto de ECRO lo retoman de Pichón-Rivière (1972) entendiéndolo como un “conjunto organizado de nociones y conceptos generales teóricos, referidos a un sector de lo real, a un universo del discurso, que permite una aproximación instrumental al objeto particular concreto” (Moreno y Zohn, 2013, p. 97).

Pichón-Rivière menciona que “el modelo es instrumento de aprehensión de la realidad” (2009, p. 216). Con la intención de clarificar aún más, el autor toma un ejemplo de Lévi-Strauss en Antropología Estructural, donde menciona que “las relaciones son la materia prima con la que se construye un modelo destinado a poner de manifiesto aspectos ocultos de esa realidad observada, enriqueciendo la perspectiva” (p. 216).

Es de esta manera que observamos cómo es de vital importancia entender cómo son las relaciones de los psicoterapeutas, no solo en su campo profesional, sino más allá en el ámbito de la vida personal, ya que serán estas las que darán la pauta para la configuración de las primeras.

Sobre este aspecto Orlinsky y Rønnestad (2005, p. 44) retoma el modelo circumplejo de comportamiento interpersonal de Leary (1957), para realizar el análisis del tipo de relaciones que configura el psicoterapeuta con sus consultantes en la práctica profesional. Partiendo de lo ya mencionado podemos hacer el ejercicio en sentido contrario, es decir utilizar el mismo modelo para entender el tipo de relaciones que el profesional de la psicoterapia establece en el contexto de su vida personal. Esta utilización no es arbitraria, ya que aunque la referencia no se encuentra en la bibliografía consultada, si se puede observar que las características relacionales exploradas por el



CCDP, en la sección 9, son coincidentes con las del modelo circumplejo.

El modelo de Leary (Ilustración # 1), tomado de Orlinsky y Rønnestad (2005), tiene dos ejes perpendiculares, uno vertical y otro horizontal. El eje vertical representa la jerarquía o control social, el polo positivo (superior) representa dominio o control y el polo negativo (inferior) representa conformidad o sumisión. El eje horizontal representa la solidaridad o cohesión social, el polo positivo (derecha) representa la afiliación o atracción y el polo negativo (izquierda) que representa el rechazo o aversión. Por lo tanto, la jerarquía social y la solidaridad social son vistos como las coordenadas básicas de la conducta interpersonal, consistente con el análisis de la estructura social realizado por el sociólogo Emile Durkheim (1897/1951, 1893/1964).

El comportamiento que expresa atracción-afiliación generalmente es cálido y amigable y el comportamiento que expresa rechazo-aversión es crítico y frío, con un punto medio de neutralidad o indiferencia. Del mismo modo el comportamiento que expresa dominio-control es generalmente autoritario y directivo, y el comportamiento que expresa conformidad-sumisión es permisivo y receptivo, con un punto medio de independencia.

Además, el esquema presenta regiones entre los polos adyacentes, que también tienen un significado. Es así que, la región entre atracción-afiliación y dominio-control refleja diversos grados de cuidado; la región entre atracción-afiliación y conformidad-sumisión refleja diversos grados de aceptación y receptividad; la región entre dominio-control y rechazo-aversión refleja diversos grados de desafío y ataque; y la región entre rechazo-aversión y conformidad-sumisión refleja diversos grados de evasión y resistencia.

Retomando la propuesta del ITESO (Moreno y Zohn, 2013, pp. 97-98), la formación de psicoterapeutas desde esta postura implica generar y sostener las condiciones para desarrollar competencias que permitan el diálogo interdisciplinario, para lo cual se presentan cuatro puntos de apoyo:

1. Una práctica de la psicoterapia en la que el movimiento del o la consultante hacia el bienestar es el eje central.
2. La historia de vida de los terapeutas
3. Los conocimientos de las disciplinas y de distintos saberes.

4. Los proceso de interacción y reflexión mediante los cuales se van relacionando los otros tres aspectos.

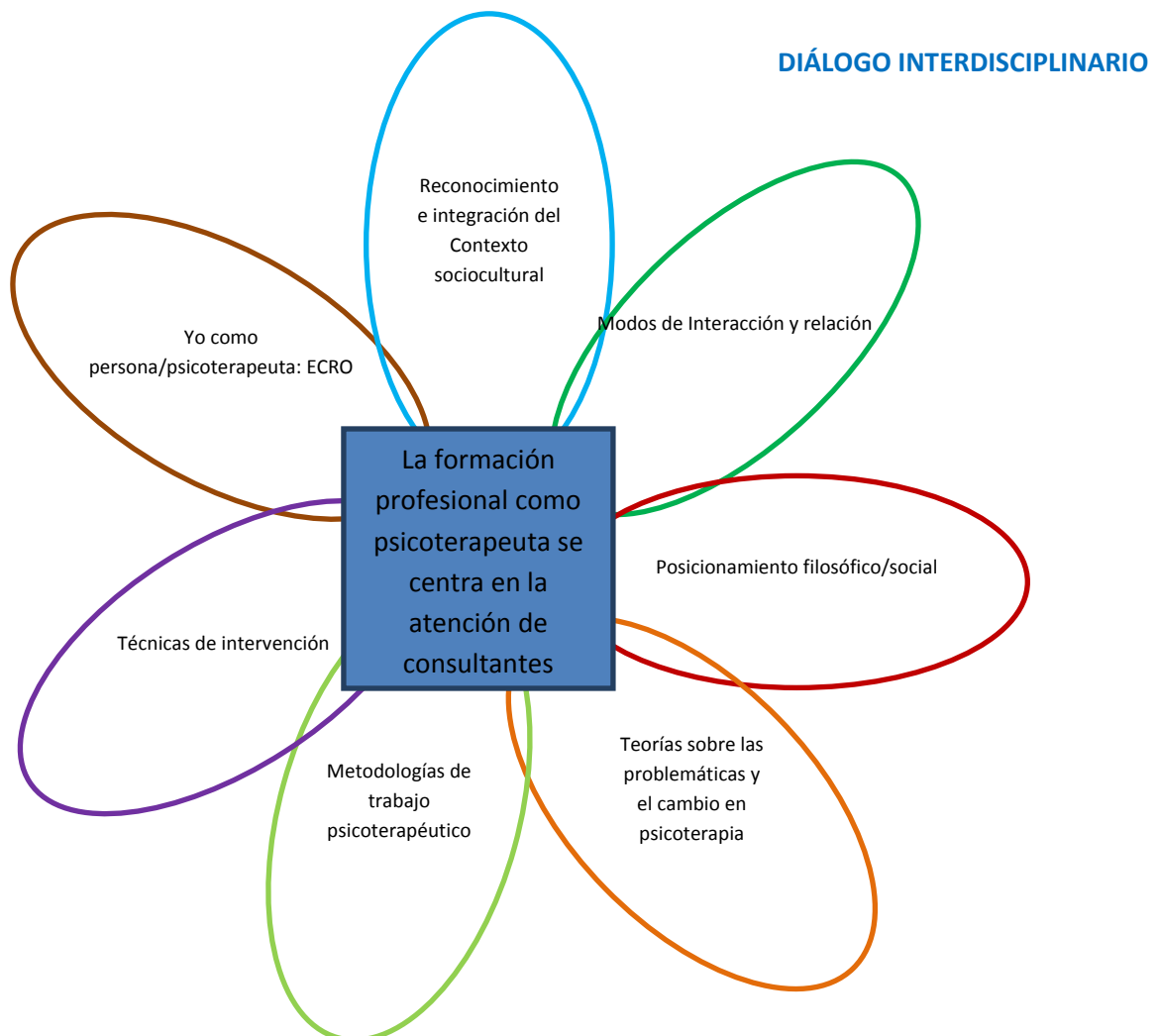


Ilustración 2 Diferentes aspectos de la formación de un psicoterapeuta (Moreno y Zohn, 2013)

El centro de la reflexión interdisciplinaria que proponen Moreno y Zohn (2013) es la práctica de la psicoterapia. Para comprender y trabajar con las situaciones de vida de las personas que atendemos, es importante tener aportaciones de distintas disciplinas y saberes. Para aprender a dialogar con diferentes autores y distintas disciplinas construimos unos esquemas de “desniveles” que orienten la articulación de las diversas miradas que podemos tener en cuanto a comprensiones y explicaciones teóricas de distintas situaciones problema y su mantenimiento, así como para entender y dar curso a

la relación de trabajo que se instala como herramienta central del proceso de ayuda (p.p. 98 y 99).

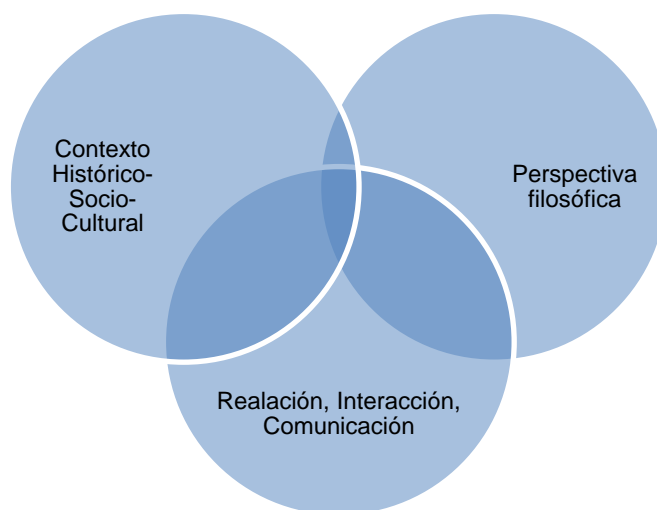


Ilustración 3 Desniveles transversales que operan como base en todo trabajo psicoterapéutico (Moreno y Zohn, 2013)

El primer tipo de desniveles que proponen Moreno y Zohn (2013) son los *Transversales*, que son aquellos aspectos presentes en todo momento en el proceso de psicoterapia, están activos tanto en el psicoterapeuta como en el consultante:

1. Contexto histórico-socio-cultural.
2. Lo filosófico.- antropología filosófica, epistemología y ética.
3. Relación, interacción y comunicación.

El segundo tipo de desniveles son los *Disciplinares*, tienen que ver con los planteamientos que se hacen desde distintas teorías sobre el comportamiento humano y los procesos de cambio personal, las condiciones que favorecen y las condiciones que obstaculizan el desarrollo personal entre otros.

Por el objetivo de la presente investigación se pondrá especial atención a dos de los desniveles transversales: El contexto histórico sociocultural y La relación, Interacción y Comunicación (RIC).

- El **contexto histórico sociocultural** tiene que ver con la comprensión de dos dimensiones contextuales:
 - El marco en el que se desarrollaron las diferentes teorías, así como la situación histórica en la que evolucionaron los modelos de pensamiento, y las historias de vida de sus autores.
 - “La situación particular del contexto sociocultural de los psicoterapeutas y de los consultantes, y del ejercicio mismo de la psicoterapia” (p. 100).

Este último aspecto nos remite nuevamente a la importancia de considerar el contexto del que ejerce la psicoterapia, ya que es a partir de este mundo en el que está inmerso, desde donde surgirán las formas que intervendrán al momento de estar frente al consultante.

Como lo mencionan Moreno y Zohn (2013), es conveniente “que el psicoterapeuta identifique su propia situación sociocultural, a propósito de reconocer aspectos de afinidad o discordancia con la vida del consultante y cómo es que esto se puede convertir en un recurso o en un obstáculo para el trabajo en la psicoterapia. En síntesis, consideramos muy útil preguntarse por la influencia de las condiciones sociales en los modos de sentir, pensar, valorar y actuar” (p. 102).

Estas condiciones sociales van a estar constituidas por experiencias pasadas y presentes en la vida personal del psicoterapeuta, relacionadas con su familia de origen y la familia que ha conformado, las sensación de satisfacción o frustración de la propia vida, la vivencia de la espiritualidad, la forma de relacionarse con las personas cercanas y la manera de enfrentarse a las problemáticas y estrés de la vida cotidiana. Sin duda alguna los modos de sentir, pensar, valorar y actuar, dentro y fuera del espacio psicoterapéutico estarán influenciados por el contexto sociocultural.

- La **Relación, Interacción y Comunicación (RIC)** tiene que ver con las maneras como el psicoterapeuta establece y conceptualiza el vínculo entre él y el consultante, así como con los diversos elementos que están

presentes en sus modos de influencia mutua y de expresar y comprender sus expresiones y mensajes. (Moreno y Zohn, 2013)

Los autores se preguntan “¿cuáles son las características deseables en la relación psicoterapeuta-consultante?” (pág. 105), y mencionan que importante es identificar la forma en que los diferentes acercamientos en la psicoterapia consideran cómo debe llevarse esta relación, cómo atender el ejercicio de la autoridad, la expertez, la colaboración, la directividad. Es necesario entender cómo es que en diversas corrientes de pensamiento se comprende de maneras tan distintas la relevancia de la relación en una psicoterapia.

Siendo un factor tan significativo dentro del trabajo terapéutico, es necesario entender, no sólo la forma de relacionarse en el ámbito laboral, también el punto del que se originan esas experiencias de relación, es decir, a partir de las vivencias con las personas a quien considera cercanas en su vida personal.

Volviendo a Pichón-Rivière, “todo esquema conceptual, referencial y operativo tiene un aspecto superestructural y otro aspecto infraestructural. Lo superestructural está dado por los elementos conceptuales y lo infraestructural por los elementos emocionales, motivacionales, es decir, lo que nosotros denominaríamos verticalidad del sujeto, elementos éstos surgidos de su propia experiencia de vida y que determinan las modalidades del abordaje de la realidad” (2009, p. 220), es decir la realidad que percibe el sujeto y su manera de abordarla, va a estar determinada ciertamente por los elementos conceptuales, pero además por los elementos emocionales y motivacionales surgidos en la propia experimentación de la vida personal.

Como ya se ha mencionado antes en este escrito, la experimentación de la vida personal, es uno de los factores que nos va a ubicar en el camino que nos encontramos, el de la psicoterapia. “Nadie nace siendo terapeuta”, dice Cozolino (2011, p. 205), “nos esculpimos para ser cuidadores en las primeras relaciones, y después volvemos a esculpirnos durante la formación profesional”. Y aunque al estudio global le interesan ambos momentos en la elección, a la presente investigación le competen esas primeras relaciones, como parte de la vida personal del psicoterapeuta. Cozolino continúa, mencionando como la combinación de la disposición innata con las influencias ambientales y parentales, son las que determinarán cuales niños llegarán a ser, como el

los nombra, “cuidadores”. Por un lado *la elección del papel de “cuidador”* y cómo se lleva a cabo va a depender de nuestros patrones de apego, historia del trauma y pérdida, dinámica familiar y los retos que enfrentamos a lo largo de la vida; por el otro lado, *la motivación de ayudar* a los demás va a surgir de la combinación de dos necesidades, la de regular a otros y la de curarnos a nosotros mismos.

Aquí la pertinencia nuevamente de entender la forma de relacionarnos con otros, en nuestra vida cotidiana, además de las experiencias suscitadas a lo largo de nuestra vida, pero además se agrega la idea, muchas veces cuestionada y señalada socialmente, de curarnos a nosotros mismos, es decir, ubicar el desarrollo como psicoterapeuta, como una búsqueda de explorar y resolver los propios problemas personales.

Al parecer, como parte de la conformación como psicoterapeutas está la conciencia de esa búsqueda de la salud mental, nuevamente Cozolino (2011) lo plantea: “todos necesitamos cobrar conciencia de nuestro dolor e incertidumbre y utilizarlos para crecer” (p.33). Continúa mencionando que existe la tendencia a provenir de familias donde los conflictos emocionales impidieron obtener la ayuda y orientación que necesitábamos para crecer, y es así que, muchos terapeutas crecieron luchando por ser amados y aceptados por otros. Estas primeras experiencias marcan la creencia sobre lo difícil que resulta encontrar a otros que nos puedan ayudar, y esta lucha se mantiene en la vida adulta, e inevitablemente se observa en las relaciones que entablamos con las personas cercanas, así como con nuestros pacientes.

Otro elemento presente en las primeras experiencias de vida, y que por lo general proviene de la familia de origen, es la vivencia de la espiritualidad, esta vivencia resulta significativa de considerar, ya que es pieza en el desarrollo de creencias y conductas del individuo, conformando una especie de marco moral de nuestro proceder que puede mantenerse hasta la vida adulta, en los casos que no es así, resulta interesante conocer cuáles fueron las circunstancias que propiciaron el cambio, el cual puede estar relacionado con el aprendizaje y cuestionamiento que se realiza durante la formación profesional.

“¡Cuán envidiable nos parece a nosotros, pobres de fe, el investigador convencido de que existe un Ser Supremo!” (Freud, 1988, p. 176)

Las representaciones religiosas, como “objetos internos”, poseen un valor psíquico de primera magnitud. Es por esto que despiertan afectos, emociones y sentimientos tan intensos y comportamientos tan radicalizados, esto dependerá del “material psíquico” con el que esas representaciones psíquicas se hayan ido configurando en los individuos y en los pueblos a lo largo de sus procesos biográficos o históricos (contextuales). Es así que nada despierta tanto odio tanto amor como la religión (Domínguez, 2003), y esto no es ajeno a los psicoterapeutas.

La técnica y la ciencia son una autoridad indiscutible, constituyen un referente al que apelar en multitud de asuntos que atañen a los medios con los cuales organizamos nuestra realidad convivencial, pero ambas, no son capaces de instituirse como factores generadores de fines últimos; no son creadoras de valores, es así como las describe Trías (2001) y continúa “cierto que orientan nuestra conducta y alientan nuestros pasos en la dirección que les es característica. Pero los fines y los valores se hallan en una galaxia cultural a la cual ni la ciencia ni la técnica acceden” (p. 13).

Por otro lado lo cultural está en la raíz de lo cultural. Toda cultura remite, sobre todo, a una raíz cultural (o de culto religioso). Hegel mencionaba que el culto religioso, con toda su profusión ceremonial y ritual, constituye la dimensión ineludible de la religión, aquello que concede ser y sentido a todos los demás ingredientes que constituyen el hecho religioso. (Trías, 2001)

Trías (2001) menciona que la modernidad tiende a concebir la religión como una actitud irracional que, sin embargo, puede explicarse y comprenderse en razón de las miserias psíquicas o socioeconómicas del hombre.

Pero antes de continuar, partamos de los conceptos: el término religión ha sido objeto de largas y antiguas especulaciones, como ejemplo Vergote, (citado por Font, 1999), distingue entre religión y lo sagrado.

La experiencia de lo *sagrado* es como una verdadera experiencia existencial de profundidad, de duración de lo que trasciende al individuo y le da plenitud. Este “sagrado” pertenece a Dios pero no califica a Dios.

Para lo *religioso* Vergote admite 3 dimensiones o tipos de relación que se dan al mismo tiempo:

1. Una experiencia de lo sagrado.
2. La dimensión de celebración, que es la relación con Dios, conocido por la palabra a través de un lenguaje religioso.
3. Una relación dialogal, para el cristiano que se encuentra dentro del orden de la Revelación.

Vergote cree que la religión se debe estructurar sobre estos tres elementos, no acepta fundar toda relación religiosa únicamente sobre la experiencia de lo sagrado.

Para Font (1999), “la religión es una expresión que no tiene un significado preciso, como se constata viendo la pluralidad de palabras que se usan como sinónimos” (p. 31) (experiencia de dios, de lo sagrado, del misterio, del espíritu, etc.), a pesar de ello menciona que lo común a toda experiencia religiosa, es una referencia a lo superior del hombre y superior al hombre, y que percibimos con nuestra mente humana, de esta forma toda experiencia religiosa es también una experiencia humana y por lo tanto toda ella se expresa psicológicamente.

Por su parte, Jung menciona que la religión constituye una de las más tempranas y universales exteriorizaciones del alma humana, y hay que entenderla no sólo como un fenómeno sociológico o histórico, sino, también, como un importante asunto personal para un número crecido de personas (Jung, 1949).

Jung (1949) describe la religión de la siguiente manera: “religión es –como dice la voz latina *religare*– la observancia *cuidadosa y concienzuda* de aquello que Rudolf Otto acertadamente ha llamado lo “numinoso”: una existencia o efecto dinámicos no causados por un acto arbitrario, sino que, por el contrario, el efecto se apodera y domina al sujeto humano que siempre, más que su creador, es su víctima. Sea cual fuere su causa, lo numinoso constituye una condición del sujeto, independiente de su voluntad.” (p.p. 21 y 22).

Por otro lado, la fe es entendida, psicológicamente, como aquella experiencia de creencia y confianza que lleva a asumir el objeto de creencia otorgándole la realidad de lo que se cree, lo que no excluye las dudas (Font, 1999).

Rizzuto (1998), (citado por Font, 1999), menciona que la fe, desde el punto de vista psicológico, se basa en el acto de creer. Y al parecer el acto de creer se da en toda actividad intelectual humana, tanto en el niño como en el físico, en el teólogo o en el

místico. La teoría del conocimiento define el creer como aceptar una proposición sin tener el completo conocimiento intelectual que la certifica como verdadera. Es así que el creer es un elemento importante en la inferencia de causalidad entre fenómenos asociados temporal o espacialmente.

Desde el psicoanálisis, menciona Font (1999), “se cree que lo vivido, el afecto, está presente en toda percepción. Sin creencias no hay vida psíquica. La vida afectiva de la niñez y las inferencias emocionales y explicativas infantiles son el fundamento de la organización de la mente” (p. 33). El creer evoluciona junto con el desarrollo progresivo del organismo, al mismo tiempo que con la estructura psíquica de cada persona, típica de cada edad.

Font (1999) puntualiza, que la percepción racional pura no existe, y que continuamente estamos interpretando nuestro entorno, los vínculos personales y el mundo interno; es así que necesitamos interpretaciones inmediatas que nos proporcionen creencias que nos permitan vivir.

La fe, el creer, por ejemplo en la religión cristiana, se fundamenta en una relación de confianza básica y total en un ser indecible.

Algunos de los estudios, menciona Font (1999) sobre la necesidad de investigar aspectos relacionados con la religión son:

- Estudios sobre las actitudes religiosas de los que están al cuidado de la salud comparadas con las actitudes religiosas de sus pacientes (Neeleman y Persaud, 1995).
- Estudios sobre las posibilidades de mejorar los tratamientos psiquiátricos teniendo en cuenta los aspectos religiosos del paciente, los cuales interactúan en la relación con el terapeuta (Neeleman y Persaud, 1995).

Para Bion, (citado por Font, 1999), el punto de partida de la realidad psíquica es lo que él llama *punto O*, que es un hecho original, la cosa en sí misma, lo desconocido, la verdad absoluta, la realidad última incognoscible. Esta realidad se manifiesta a través de las transformaciones que va haciendo la persona durante su vida y que afectan no sólo en el conocer sino también en el ser.

La verdadera respuesta primordial y desarrollada a la catástrofe es la fe, no solo desde su concepción religiosa, sino en el sentido de confianza básica. La fe es la capacidad liberadora por excelencia. Es nuestra herencia y nuestro destino más profundo.

En cuanto a la correlación de la evolución del creer y el desarrollo del individuo Font (1999) menciona que en el niño el proceso religioso se inicia a través de la búsqueda de las primeras relaciones con la realidad externa. La relación con el otro, el origen de la alteridad adulta y del trascender, se produce modulada por las primitivas percepciones de los llamados objetos parentales. Si el niño ha podido tener una buena experiencia de las primeras relaciones padre-madre y de personas y situaciones análogas, se va configurando en su mente aquello que le permite vivir una experiencia psicológica sana (Font, 1999, p.p. 54 y 55).

Trabajos experimentales, menciona Font (1999), han demostrado como la influencia en el desarrollo ulterior de la experiencia religiosa la génesis de las figuras parentales cuando son vividas de manera dificultosa, cuando han dimitido de su rol, o cuando han fallado, por ejemplo, por muerte prematura de los progenitores.

Font (1999) divide en 3 etapas la evolución de la experiencia religiosa:

- Existe una experiencia religiosa que se refiere a atributos de alguien que se ponen fuera de uno mismo. Son atributos que trascienden, y con los cuales la relación es en tercera persona.
- Existe la experiencia religiosa dialogal, personalizada, con un trascendente.
- Puede haber también una experiencia religiosa íntima, en la cual la referencia a Dios tenga el carácter de una experiencia esencial.

Deconchy (1967), (citado en Font, 1999), realizó un estudio con chicos y chicas de 8 a 16 años y muestra las siguientes fases:

1. Fase en la cual predomina la capacidad de relación religiosa con base en los atributos de Dios.
2. Fase de personalización dialogante.
3. Fase de interiorización.

Los temas personalistas son de transición entre los atributos y los subjetivos de interiorización.

Esto hace pensar que una actitud religiosa profunda, capaz de interiorizar, que parece ser que es el fundamento y origen de la experiencia religiosa, es la última fase en el proceso de desarrollo.

La función simbolizadora es básica, psicológicamente hablando, para tener la experiencia de trascendencia. El símbolo nos ofrece el vehículo de acceso a la trascendencia. El símbolo es el medio para acceder a aquello que no podemos expresar. Es una realidad que cuando la conocemos nos lleva a experimentar otra realidad que no es el símbolo pero que está relacionada con él. Realidad que nunca se agota en sí misma. El símbolo tiene un significado que trasciende el significante. Pero el Trascendente Dios permanece incognoscible y como mencionó San Agustín “Si Intelligisti non es Deus” (si lo has entendido no es Dios) (Domínguez, 2003).

Domínguez (2003) continúa, mencionando que las representaciones de lo sagrado se instauran al hilo de los procesos fundamentales que intervienen en la constitución del ser humano como tal, y se enraízan en las estructuras afectivas más primarias y profundas del mismo.

Dios como representación psíquica interna, se encuentra ligado a las experiencias más antiguas, más primitivas y más hondas de nosotros mismos, aquellas que fueron configurando nuestra personalidad y nuestra estructura más específica y más personal.

Este tipo de experiencias están marcadas por una profunda ambivalencia afectiva, es decir un cruce de tendencias y emociones primitivas, intensas y de signo contrario, de amor y odio principalmente.

Melanie Klein, citada por Domínguez (2003), nos hizo comprender que la ambivalencia afectiva constituye un elemento esencial en los primeros estadios de la vida psíquica, dependiendo de su modo de resolución buena parte de la sanidad y patología posterior de los sujetos.

Es así que la ambivalencia parece situarse tanto en los orígenes de la experiencia psíquica de fe, como en sus resultados y en sus derivaciones para la vida de los individuos y los grupos humanos. Si el amor y el odio, están implicados en las primeras

motivaciones psíquicas de la experiencia religiosa, también veremos la ambivalencia entre la creencia y la duda, el amor y la intolerancia (Domínguez, 2003).

Por la fuerza de sus motivaciones psíquicas, la religión constituye un potencial de primer grado en la vida de los individuos y de las colectividades. Para su bien o para su mal.

“El espíritu divino, que por sí mismo es el ideal de perfección ética, inculcó a los hombres el conocimiento de este ideal y al mismo tiempo el anhelo de identificarse con él... Sus sentimientos se ajustan a la respectiva distancia que los separa de su ideal. Experimentan gran satisfacción cuando se le aproximan... y sufren doloroso displacer cuando... se han alejado de él. Todo esto sería así de simple e inmovible; pero no podemos menos de lamentar si ciertas experiencias de la vida y observaciones del mundo nos impiden aceptar la existencia de semejante Ser Supremo” (Freud, 1939/1988, pág. 176 y 177)

Por su parte Fromm (en Suzuki y Fromm, 1964) menciona que el hombre occidental atraviesa por una crisis espiritual, ya que ha seguido el racionalismo hasta el punto en que se ha transformado en irracionalidad absoluta. Desde Descartes, el hombre ha tratado de separar el pensamiento del afecto.

Como lo describe Fromm, el hombre dio un gran salto hacia la objetividad con el abandono de las ideas teístas en el siglo XIX, la tierra dejó de ser el centro del universo y el hombre perdió el papel central de criatura destinada por Dios para dominar a todas las demás criaturas. (Suzuky & Fromm, 1964)

Freud (en Fromm, 1964), reconoció que la fe en un Dios todo poderoso, omnisciente, tiene su origen en la indefensión de la existencia humana, y el intento del hombre de resolverla por medio de la creencia de un padre y madre dispuestos a socorrerlo, representados por el Dios de los cielos.

Los verdaderos fines de todas las grandes religiones humanistas, menciona Fromm (1964), son: “superar las limitaciones de un yo egoísta, alcanzar el amor, la objetividad y la humildad y respetar la vida de tal modo que el fin de ésta sea ella misma y el hombre se convierta en lo que es potencialmente.” (p. 88)

Freud (en Fromm, 1964) mencionaba que el conocimiento conduce a la transformación, la teoría y la práctica no deben de separarse, con el acto mismo de conocerse a uno mismo, uno se transforma.

Desde Descartes, Galileo, etc. la razón ha venido a sustituir la revelación religiosa, en su capacidad por dotar sentido al escenario mundano, ese escenario visible y manifiesto que acapara el imaginario social y cultural (Trías, 2001). En el ámbito de la modernidad, lo característico de la razón consiste en la voluntad expresa de promover, desde ella misma, su propia revelación. La razón pretende generar una inferencia interna de los datos con los cuales se edifica y construye. Esta reflexión sobre la razón se presenta en los criterios “racionalistas” (Descartes), como en los criterios empiristas (Locke, Berkeley, Hume).

Trías (2001) menciona que la experiencia religiosa se instituye sólo y en tanto se deja libre, y en su condición indisponible, a lo sagrado. La religión, como la magia, se apercibe del carácter excesivo de ciertas situaciones y objetos. La religión se instituye cuando se llega a comprender, de modo doloroso y trágico, que ese dato sagrado es inmanejable y que no sirven conjuros ni sacrificios, ni escenificaciones rituales o dramáticas para poderlo dominar.

Hirsch (1973) menciona que la relación entre la psicoterapia y la fe cristiana no constituye sino un caso particular de las relaciones entre ciencia y fe. Ambas esferas no pueden mezclarse, pero al mismo tiempo no pueden separarse entre sí, y a esta relación la denomina “concomitancia diferenciada”.

Esta relación no ofrece dos perspectivas complementarias de una misma y única cosa, sino que entre ambas reina una constante dualidad, una dualidad que nunca se podrá suprimir por complemento.

Hirsch (1973), quien se describe a sí misma a modo de una psicoterapeuta que se entiende como cristiana, menciona que de toda ciencia se debe exigir un ateísmo metódico, es así que “la psicoterapia tiene que ser y seguir siendo un método ateo, es decir, un método “sin-Dios” (p. 217).

La diferencia estricta, exigida precisamente por la fe cristiana, entre la fe y el saber, nos preserva de esperar demasiado del método psicoterapéutico: este método

tiene que proporcionar el “bienestar” del hombre, pero no crear su “salvación” (Hirsch, 1973).

Los prejuicios religiosos y morales constituyen el mayor obstáculo para toda labor terapéutica.

Hirsch (1973) menciona que la fe cristiana y la praxis psicoterapéutica, en su caso, afectan su existencia total, y deben vivirse ante todo en una unión personal. De igual forma, muchas veces, en la práctica, las dos cosas se entremezclan.

Finalmente Hirsch (1973), en discusión con Zahrnt, menciona que “un análisis no tiene por qué hacer a una persona incapaz de creer, como podríamos sospechar por los orígenes freudianos del psicoanálisis, sino que un tratamiento psicoterapéutico, llevado a cabo con tacto y acierto, puede conducir precisamente a una persona a que sea capaz de creer” (p. 248)

Aquí, la relevancia de la espiritualidad en la presente investigación, ya que la relación que plantea Hirsch (1973) entre ciencia y fe, nos conduce a observar la importancia de la conciencia de nuestro propio desarrollo espiritual, como un elemento más de la vida personal del psicoterapeuta, significativo desde el individuo porque las circunstancias de este desarrollo enmarcan nuestras creencias y conductas como sujetos inmersos en un contexto sociocultural. Así mismo, desde la perspectiva profesional, el desarrollo espiritual del psicoterapeuta estará permeando el quehacer profesional desde la propia experiencia, poniéndose en juego frente a la vivencia espiritual de quien pide ayuda, un sujeto que busca “bienestar” por medio de la psicoterapia y no su “salvación.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

A continuación se presentan el análisis de los resultados de la sección 9 del Cuestionario Común sobre el Desarrollo de los Psicoterapeutas (Orlinsky y otros, 1999), que corresponde al apartado denominado *Acerca de usted mismo*.

El CCDP fue contestado de noviembre de 2009 a octubre de 2010, como ya se mencionó en el apartado de Metodología, se entregó un total de 250 cuestionarios, de los cuales se regresaron 120 respondidos con el criterio suficiente para tomarlo como válido para la investigación. En todas las preguntas las respuestas eran opcionales, es decir, se podía no responder sin que esto impidiera seguir avanzando con otras preguntas. Por esto no todos los ítems fueron respondidos por los 120 encuestados, de allí las variaciones menores que se observan en los resultados que se reportan más adelante.

La muestra no cumplió condiciones probabilísticas, por lo que los resultados no pueden ser generalizados con precisiones estadísticas ya que se realizó un muestreo por conveniencia, de esta forma que los participantes debieron cumplir con las siguientes características: poseer un título de licenciatura sin restricción o preferencia por alguna en especial, haber adquirido algún grado que considere necesario y suficiente para ejercer la psicoterapia, ya sea un diplomado, maestría, especialidad o incluso curso, ejercer como psicoterapeuta al momento de ser encuestado, con el marco teórico de su elección. Es así que los datos deben ser considerados como una primera aproximación exploratoria y empírica a un grupo de los psicoterapeutas en León, Gto.

Para la presentación de los resultados se decidió agrupar los ítems en categorías de la siguiente forma y orden:

TABLA #1. CLASIFICACIÓN POR CATEGORÍAS DE LA SECCIÓN 9 DEL CCDP

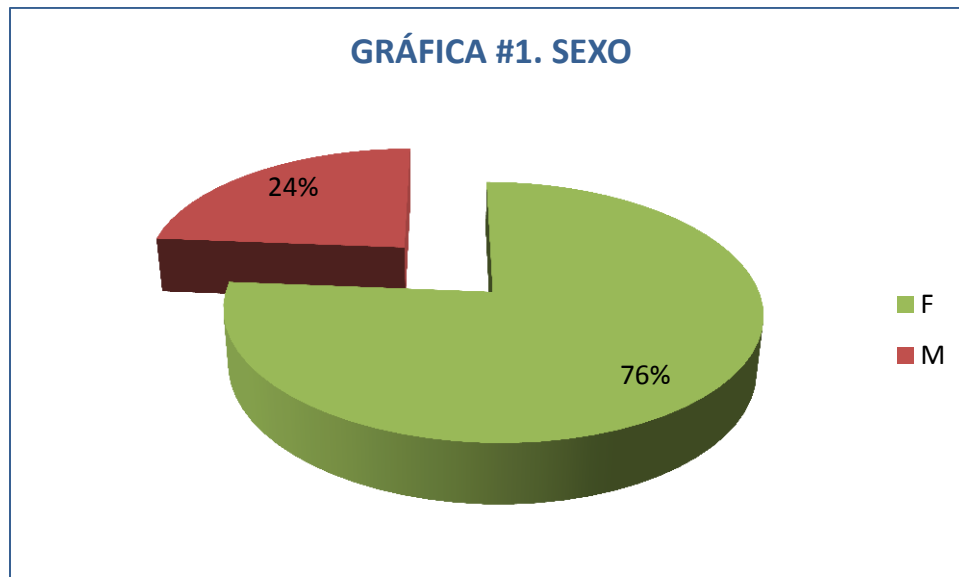
Categoría	Temas	Ítems
Características Generales	Fecha de aplicación	0-1, 0-2, 0-3, 0-4, 9-1, 9-2
	Fecha de Nacimiento	
	Sexo	
	País	
	Nacionalidad	
	Minoría social	
Familia	Estado civil	9-3, 9-4, 9-5, 9-6, 9-7,
	Hijos	9-8, 9-9, 9-10, 9-11
	Familia de origen	
Relaciones Personales	Auto-descripción de las	9-54, 9-55, 9-56, 9-57, 9-58,

	propias relaciones personales íntimas o cercanas	9-59, 9-60, 9-61, 9-62, 9-63, 9-64, 9-65, 9-66, 9-67, 9-68, 9-69, 9-70, 9-71, 9-72, 9-73, 9-74, 9-75, 9-76, 9-77, 9-78, 9-79, 9-80, 9-81
Espiritualidad	Religión en la que fue criado Importancia durante distintas etapas de vida Espiritualidad Actual Experiencias espirituales Influencia en el trabajo como terapeuta	9-37, 9-38, 9-39, 9-40, 9-41, 9-42, 9-43, 9-44, 9-45, 9-46, 9-47, 9-48, 9-49, 9-50, 9-51, 9-52, 9-53
Autopercepción Actual	Sensación personal Recreación y Auto-cuidado Estado Emocional	9-12, 9-13, 9-14, 9-15, 9-16, 9-17, 9-18, 9-19, 9-20, 9-21, 9-22, 9-23, 9-24, 9-25, 9-26, 9-27, 9-28, 9-29, 9-30, 9-31, 9-32, 9-33, 9-34, 9-35
Problemas Personales	Desarrollo como terapeuta para explorar y resolver problemas personales	9-36

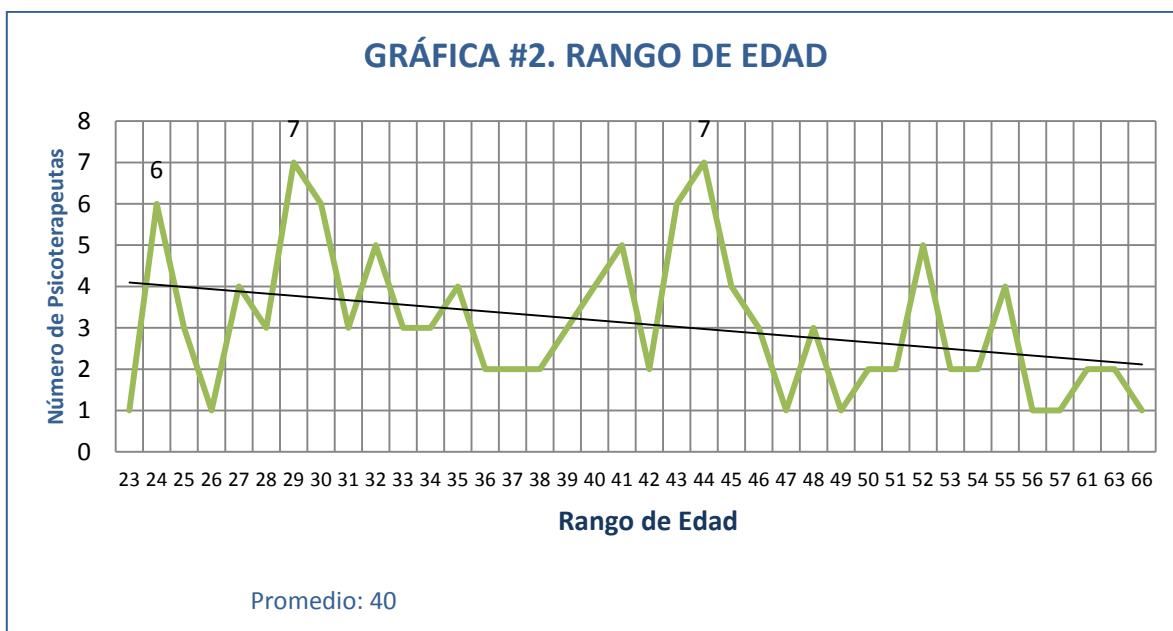
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

De las ciento veinte personas que contestaron el cuestionario, como se observó (Gráfica 1) el 24% fueron hombres, mientras que el 76% fueron mujeres, para asegurar la confidencialidad de la información recabada, no hubo por parte del equipo investigador un mecanismo para determinar el sexo de los participantes, la muestra se hizo de forma aleatoria.

El 95% fue de nacionalidad mexicana, mientras que el 5% restante contestó que su país de origen era distinto: 2 EUA, 1 Argentina y 1 Uruguay. De esta forma el 3% de la totalidad se consideró parte de una minoría social, cultural o étnica. Ser madre soltera, fue la especificación que hizo una de ellas, mientras que los demás no contestaron especificación.

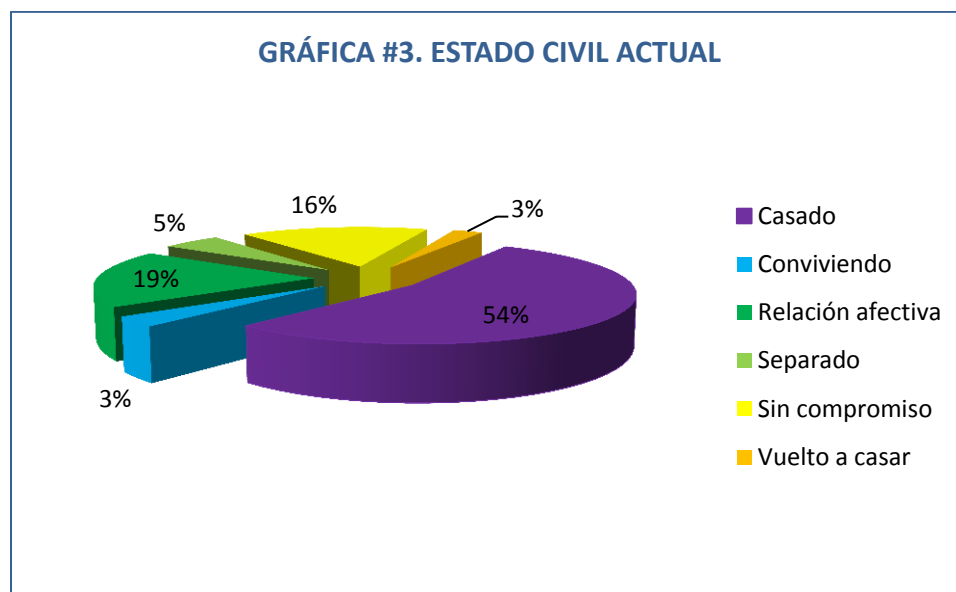


Sobre la edad de los psicoterapeutas participantes pudimos observar (Gráfica 2) que la muestra se encontró en un rango entre los 23 y 66 años, siendo 40 años el promedio de edad, mientras que 29 y 44 fueron las dos edades con mayor incidencia, ambas con 7 individuos cada una, seguidas por 24 años, con 6 psicoterapeutas de esta edad. Por otro lado la línea de tendencia del total de la muestra nos indicó una mayor cantidad de psicoterapeutas con edades entre 23 y 43 años, mientras que disminuye la cantidad entre los 44 y 66 años, a pesar de que 44 años, como ya se mencionó, fue una de las edades con mayor cantidad de individuos.



4.3. FAMILIA

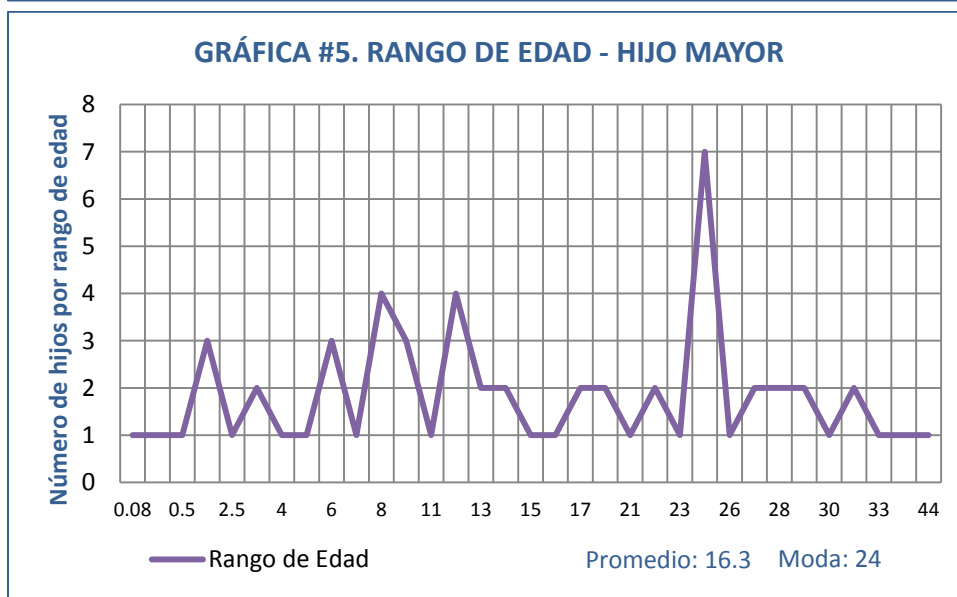
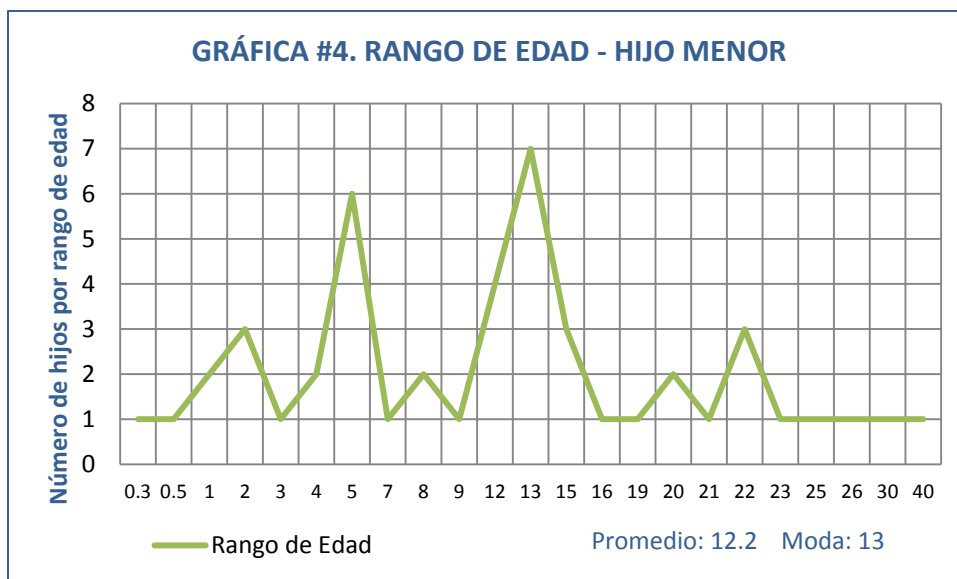
La mayoría de los psicoterapeutas participantes respondió estar casado actualmente (54%). El 35% mencionó encontrarse soltero, de este porcentaje, el 19% en una relación afectiva y el 16% restante sin compromiso. Conviviendo con un compañero/a se encontró el 3%, al igual que vuelto a casar después de un divorcio o viudez. Finalmente el 5% mencionó encontrarse separado/a o divorciado/a. (Gráfica 3)



Del total de psicoterapeutas, el 47% mencionó no tener hijos, mientras que el 53% restante sí. De estos últimos, el promedio de hijos fue de 2, siendo también 2 la moda de la muestra con un 37% de frecuencia. El 26 % dijo tener 3 hijos, mientras que el 24% sólo 1. El 11% mencionó tener 4 hijos y sólo 1 psicoterapeuta especificó tener 5 hijos.

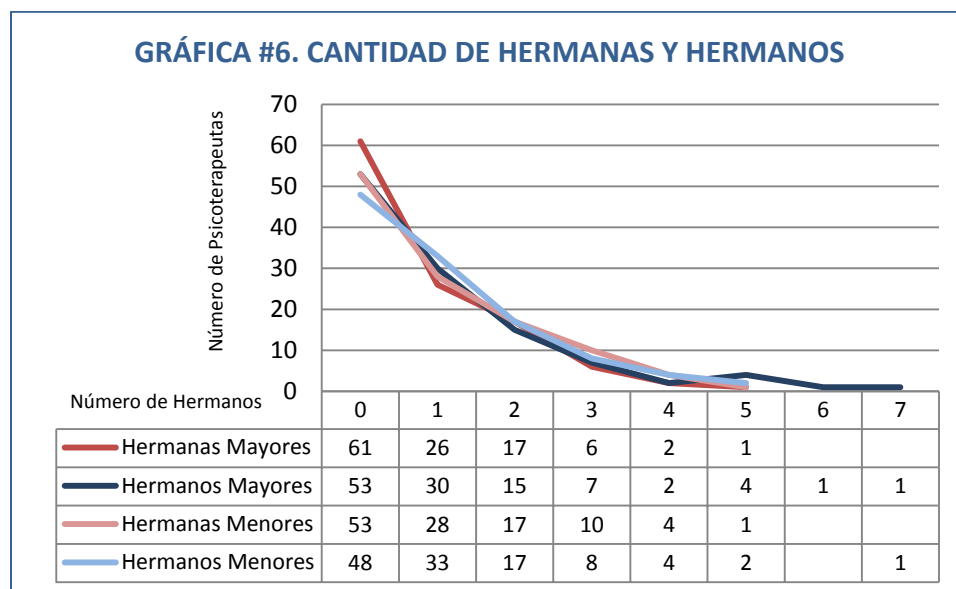
En la Gráfica 4 y Gráfica 5 se presentaron los datos correspondientes a la edad de los hijos. Se pidió a los participantes que mencionaran la edad del hijo menor y la edad del hijo mayor, y con esta información se pudo hacer una comparación de los rangos de edad de los hijos menores y mayores. Pudimos observar que el rango de edad del hijo menor fue de 4 meses a 40 años, el promedio de edad de 12, mientras que la moda de 13 años. En cuanto al rango de edad del hijo mayor fue de 1 mes a 44 años, siendo 16 años el promedio de edad mientras que la moda 24 años. Se pudo observar que en el rango de edad hubo una variación de 3 meses en la edad mínima entre los hijos mayores y menores, así como una variación de 4 años en la edad máxima, lo que no resultó

significativo. De igual forma los promedios de edad tuvieron una variación de 4 años. Donde se mostró la diferencia significativa fue en la frecuencia de edad representada por las modas donde hubo una diferencia de 11 años entre la moda del hijo menor y la moda del hijo mayor.



El 97% reportó tener hermanos, mientras que sólo el 3% no. De este 97% se puede observar (Gráfica #6) que la cantidad de hermanos fue de 1 a 7. El 31% fue el primogénito, mientras que el 23% fue el más pequeño de los hermanos. La tendencia fue de menor cantidad de hermanos a mayor cantidad, siendo 1 hermano o hermana, mayor o menor las que presentan mayor frecuencia. Solo mencionaron 3 psicoterapeutas tener un

número entre 6 y 7 hermanos, mientras que en hermanas la mayor cantidad fue 5 en sólo dos psicoterapeutas.



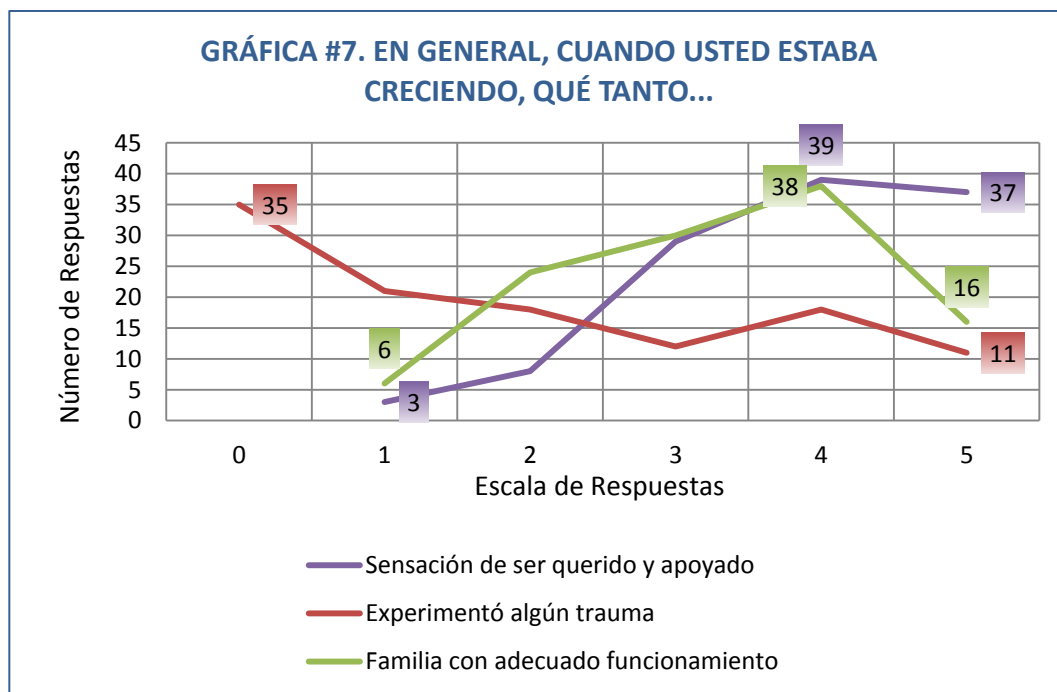
De los psicoterapeutas participantes, el 68% respondió que aún vive su padre, y del 85% vive su madre. Las edades que tenían cuando murieron son muy variadas y fueron desde antes de nacer hasta los 63 años para la muerte del padre, y de los 2 hasta los 60 años para la muerte de la madre. El 6% perdió a ambos padres.

Sobre el divorcio de los padres el rango de edades que tenían al momento de presentarse comprendió desde antes de nacer hasta los 32. El 13% de los participantes contestó que sus padres se habían divorciado.

Un dato significativo a partir de comparar los resultados anteriores, tanto de muerte como divorcio, se puede observar que el 47% ha tenido la pérdida de alguna figura parental ya sea por cualquiera de estas 2 causas. Y el 15% tuvo esta pérdida antes de los 18 años.

Otro de los elementos que el cuestionario exploró cuando el individuo estaba creciendo fue la sensación de ser realmente querido y apoyado, haber experimentado algún trauma o abuso emocionalmente significativo y si la familia a la que perteneció tenía un adecuado funcionamiento psicológico y emocional. Las respuestas se presentaban en una escala de 0 a 5 donde 0 es igual a nada y 5 a mucho. Los resultados nos mostraron (gráfica #7) la tendencia de respuestas en relación a haber experimentado un trauma o

abuso es descendente, es decir, fue menor la cantidad de individuos (11) que reportaron haberlo experimentado en la máxima puntuación, mientras que la mayor cantidad de respuestas (35) se centró en no haber experimentado trauma o abuso, el promedio de respuestas se ubicó en 2 mientras que la moda en 0.



En contraste se observó las otras dos preguntas, donde la línea de tendencia, tanto la sensación de haber sido querido y apoyado, como haber pertenecido a una familia con adecuado funcionamiento psicológico y emocional, fue de menor a mayor, es decir, mayor cantidad de psicoterapeutas escogieron la respuesta que indica mucho, mientras que en ambas preguntas no hubo respuestas en cero y la cantidad más baja de respuestas se ubicó en 1. El promedio de respuesta sobre la sensación de ser querido y apoyado es 4, coincidente con la moda. Por otro lado el promedio de haber pertenecido a una familia con adecuado funcionamiento psicológico y emocional fue 3, mientras que la moda fue 4. Es significativo observar cómo mientras que en la sensación de ser querido y apoyado la tendencia se mantuvo, en haber pertenecido a una familia con adecuado funcionamiento psicológico y emocional tuvo una caída considerable en la opción 5 (mucho).

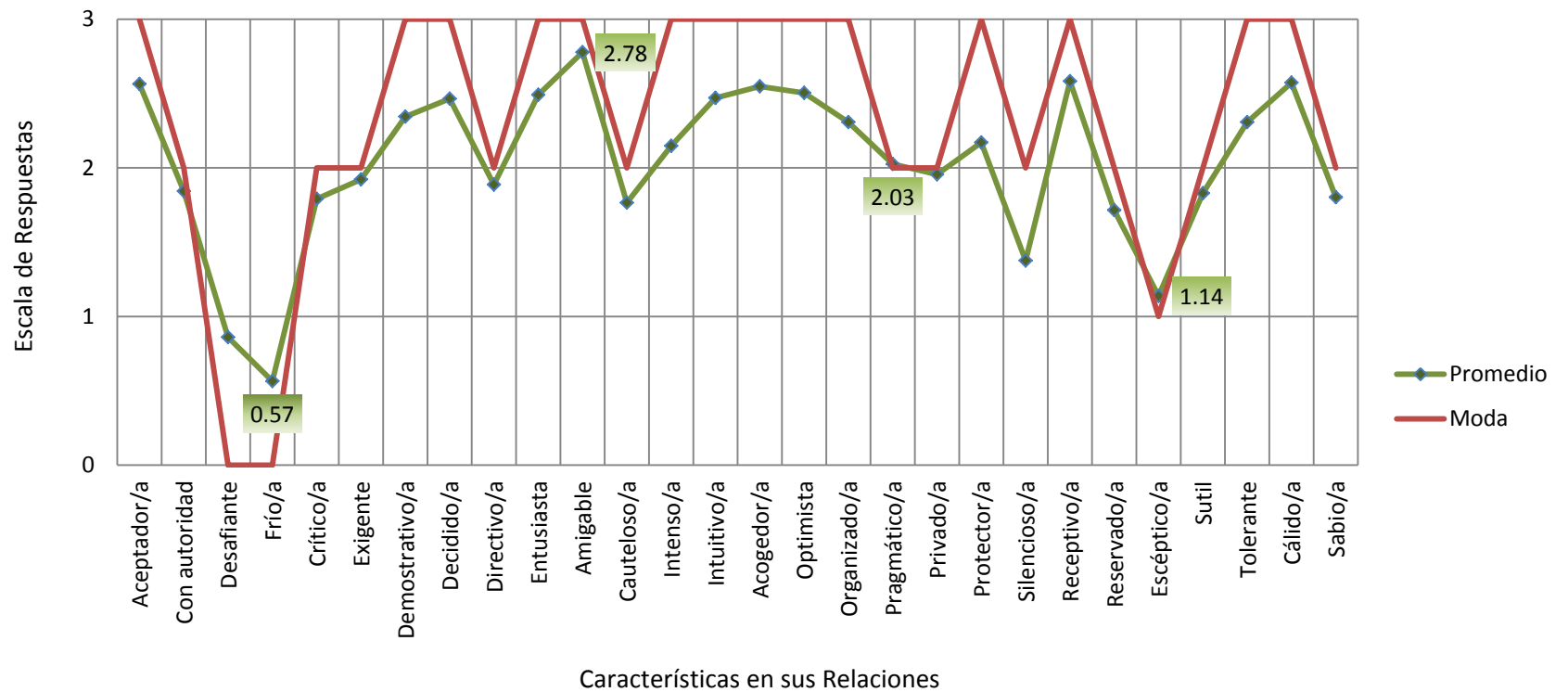
4.4. RELACIONES PERSONALES

El cuestionario presentó 28 reactivos que buscan la descripción del propio psicoterapeuta en sus relaciones personales íntimas o cercanas, con una escala de puntuación que va del 0 = Nada, al 3 = Mucho.

Hicimos un primer análisis general a partir de la moda y el promedio de cada uno de las variables (Gráfica #8). Se observó como las puntuaciones más bajas las variables Frío/a y Desafiante, ambos con una moda de 0, aunque en el promedio existió una diferencia de 0.3, siendo el promedio más bajo el correspondiente a Frío/a, con 0.57, mientras que Desafiante fue 0.86.

La variable Escéptico/a fue la única que obtuvo puntuación de 1 como moda. Mientras que en el rango que comprenden las puntuaciones entre 1 y 2 de promedio se ubicaron las siguientes variables: Escéptico/a con un promedio de 1.14 que coincidió con la moda, se agregaron en este rango Silencioso/a con 1.38, seguida por Reservado/a con 1.72, hasta aquí se pudo observar una diferencia de 0.24 entre Escéptico/a y Silencioso/a, al mismo tiempo que entre Silencioso/a y Reservado/a la diferencia fue de 0.34; la diferencia entre las siguientes variables, dentro del mismo rango, fue menos marcada, es así como encontramos Cauteloso/a con 1.77 y Crítico/a con 1.79, Sabio/a con 1.80, Sutil con 1.83, Con Autoridad corresponde a 1.84 y Directivo/a con 1.89, finalmente con 1.92 se encontró Exigente y con 1.96 Privado/a. La diferencia entre la puntuación más baja de este rango (Cauteloso/a) y la más alta (Privado/a) fue de 0.19. Al mismo tiempo observamos que Silencioso/a, Reservado/a Cauteloso/a, Crítico/a, Sabio/a, Sutil, Con Autoridad, Directivo/a, Exigente y Privado/a se ubicaron con una puntuación de 2 como moda.

GRÁFICA #8 ¿CÓMO SE DESCRIBIRÍA USTED MISMO EN SUS RELACIONES PERSONALES ÍNTIMAS O CERCANAS?



Encontramos que Pragmático/a con un promedio de 2.03, también se ubicó con una puntuación de 2 como moda. El resto de las variables que se ubicaron en el rango que va de 2 a 3 como promedio, al mismo tiempo se ubicaron con una puntuación de 3 como moda, estas fueron: Intenso/a 2.15 y Protector/a 2.17, Organizado/a y Tolerante ambas con 2.31 y Demostrativo 2.34, Decidido/a e Intuitivo/a con 2.47 y Entusiasta 2.49, Optimista 2.50, Acogedor/a 2.55, Aceptador/a 2.56, Cálido/a 2.57 y Receptivo/a 2.58, finalmente Amigable con un promedio de 2.78. Las variaciones de los promedios, en este rango, fueron bajas, se mantuvieron entre .01 y .14, la variación más significativa se observó en la puntuación más alta de toda la escala, donde la diferencia entre Receptivo/a y Amigable fue de .20, de igual manera la diferencia Amigable respecto a Pragmático/a fue de .75.

TABLA #2 ¿CÓMO SE DESCRIBIRÍA USTED MISMO EN SUS RELACIONES PERSONALES ÍNTIMAS O CERCANAS?

	Nada 0	1	2	Mucho 3
1.	Frío/a 57%	Escéptico/a 46%	Silencioso/a 38%	Intenso/a 43%
2.	Desafiante 43%		Reservado/a 44%	Protector/a 40%
3.			Cauteloso/a 37%	Organizado/a 44%
4.			Crítico/a 37%	Tolerante 45%
5.			Sabio/a 57%	Demostrativo 52%
6.			Sutil 43%	Decidido/a 57%
7.			Con Autoridad 48%	Intuitivo/a 59%
8.			Directivo/a 43%	Entusiasta 54%
9.			Exigente 37%	Optimista 59%
10.			Privado/a 36%	Acogedor/a 62%
11.			Pragmático/a 40%	Aceptador/a 59%
12.				Cálido/a 65%
13.				Receptivo/a 61%
14.				Amigable 79%
				%

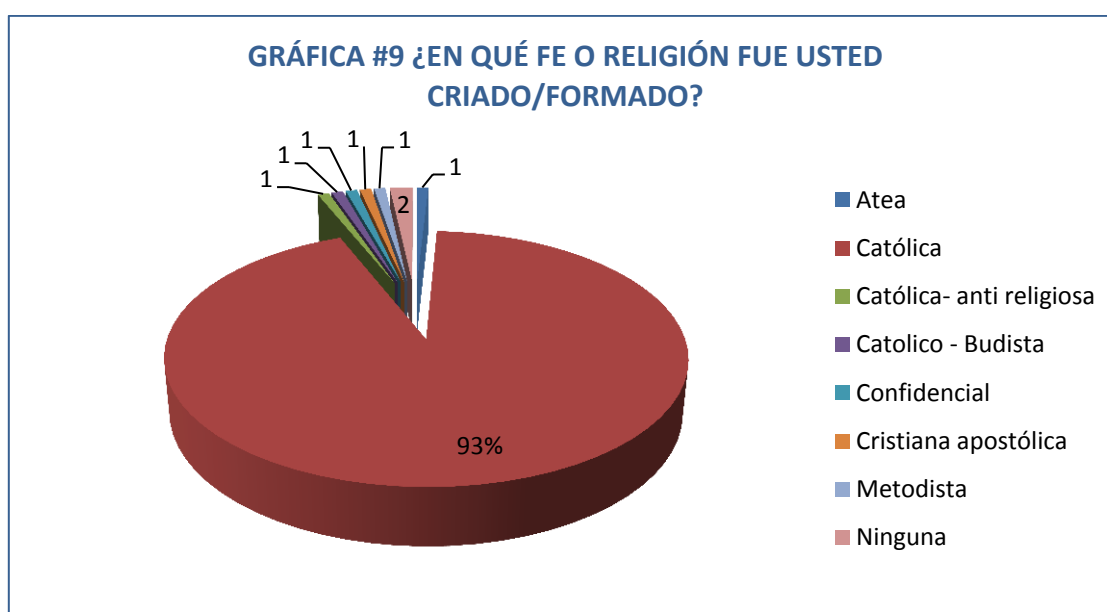
La tabla #2 nos muestra la distribución de las variables, y pudimos observar que las tres características con la que menos se describieron los psicoterapeutas en sus relaciones personales íntimas o cercanas fueron: Frío/a, Desafiante y Escéptico/a.

Las características que les siguieron en puntuación (2) fueron 11: Silencioso/a, Reservado/a, Cauteloso/a, Crítico/a, Sabio/a, Sutil, Con autoridad, Directivo/a, Exigente, Privado/a y Pragmático/a.

Finalmente las características con mayor puntuación (3), fueron también la mayor cantidad de variables, 14: Intenso/a, Protector/a, Organizado/a, Tolerante, Demostrativo, Decidido/a, Intuitivo/a, Entusiasta, Optimista, Acogedor/a, Aceptador/a, Cálido/a, Receptivo/a y Amigable.

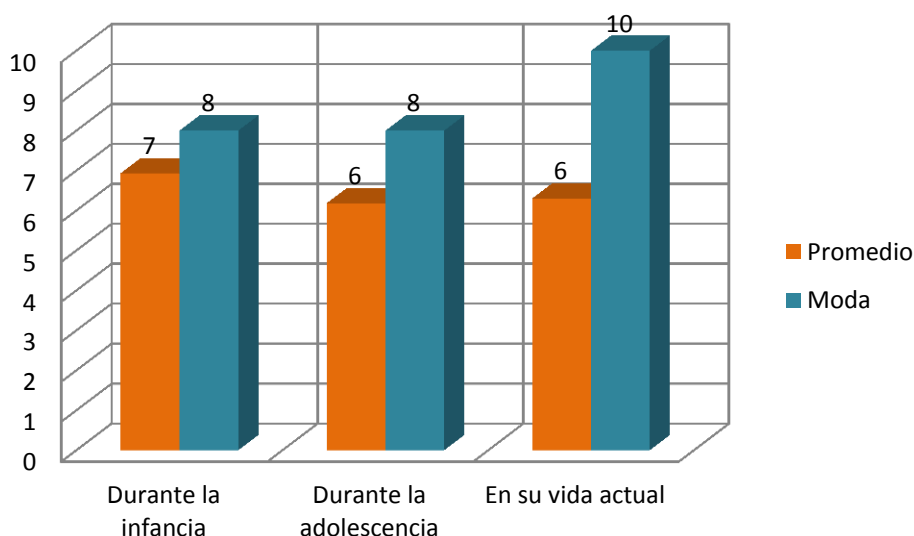
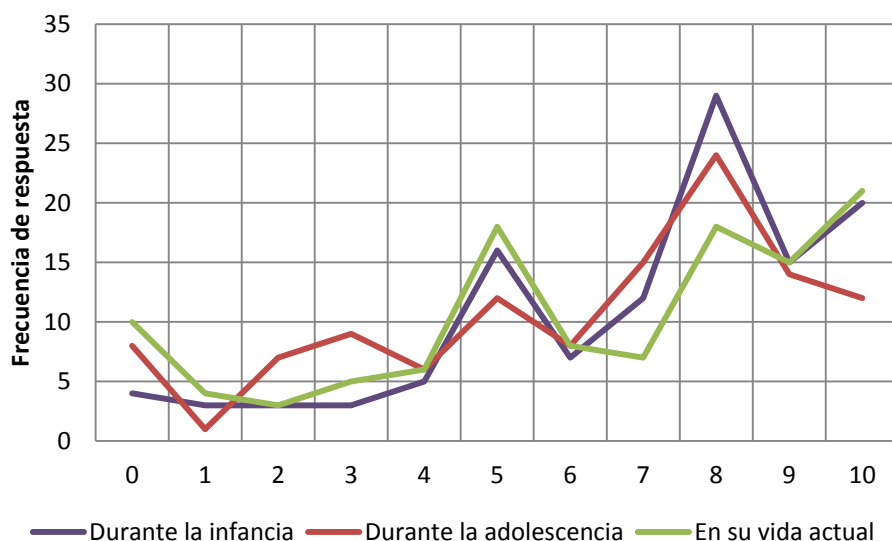
4.5. ESPIRITUALIDAD

El primer dato que encontramos en este rubro, se refiere a la Fe o religión en la que fue criado o formado (Gráfica 9), observamos que el 93% de los psicoterapeutas indicó únicamente la religión Católica, mientras que un 1% hizo la especificación como Católica – anti religiosa y otro 1% como Católico – Budista, sumando así un total de 95% que fue criado o formado en la religión Católica. Del 5% restante de la totalidad de psicoterapeutas, 2% mencionaron haber sido criado en ninguna religión, mientras que el resto se dividió en Atea, Cristiana apostólica y Metodista. Una persona expresó como confidencial la información.



El cuestionario planteó 3 ítems, donde se exploró la importancia de la religión en la vida de los psicoterapeutas, durante tres cortes en el tiempo: Infancia, Adolescencia y Actualmente. Hubo un rango de respuesta del 0 al 10, donde 0 significa “para nada importante en mi vida” y 10 “lo más importante en mi vida”.

GRÁFICA #10 EN GENERAL, ¿QUÉ TAN IMPORTANTE FUE/ES EN SU VIDA LA RELIGIÓN?

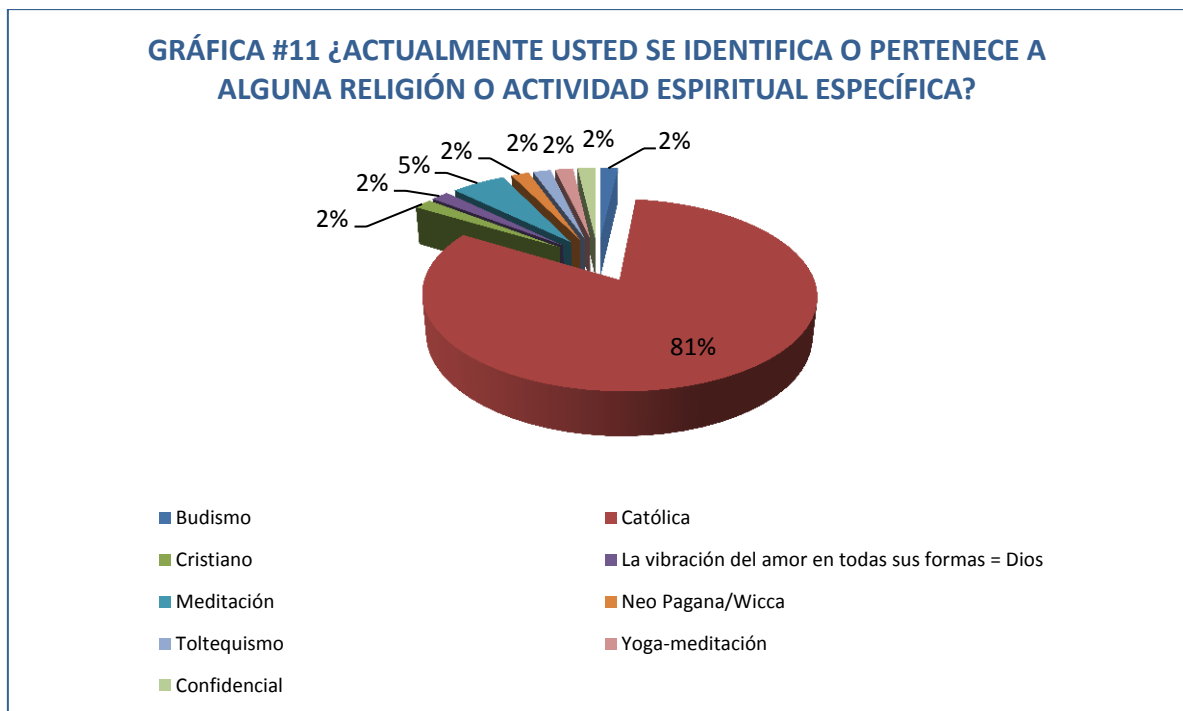


Es así que observamos (Gráfica #10), como durante la Infancia hubo 3 picos en la frecuencia de respuestas, en las puntuaciones 5, 10 y 8, siendo esta última la más alta ubicándose como la moda en este corte de tiempo, aunque el promedio se ubicó en 7. Es importante resaltar como la tendencia se mostró hacia “ser lo más importante en mi vida” con el 70% de las respuestas, durante esta etapa. Al mismo tiempo que la puntuación 8 se presentó como la respuesta con mayor frecuencia en los tres cortes de tiempo con un 25% de los psicoterapeutas participantes.

En la adolescencia, se observaron 5 picos en la frecuencia de respuestas, la más alta en 8, siendo esta puntuación también la moda, aunque el promedio fue 6,

debido a la variación con los otros 4 picos. Las puntuaciones 10 y 5, continuaron como el segundo lugar en el mayor número de respuestas, en contraste con las puntuaciones 3 y 0, que se ubicaron en el tercer lugar de frecuencia, aunque la variación entre el tercero y el segundo lugar sea de sólo el 3% del total de respuestas. A pesar de las variaciones en esta etapa el 63% de las respuestas marcaron una tendencia hacia “lo más importante en mi vida”.

Finalmente en la Actualidad hubo tres picos en la línea de tendencia, 5, 8 y 10, aunque en esta ocasión las variaciones fueron menos marcadas obteniendo una puntuación de 6 en el promedio de respuestas, sin embargo la moda se ubicó en 10, con un 18% del total de respuestas. En esta ocasión nuevamente se observó la tendencia hacia “lo más importante en mi vida” con un 75% de las respuestas.



Lo anterior contrastó con el siguiente rubro, en el cual se exploró si actualmente se identifica o pertenece a alguna religión o actividad espiritual específica. El 50 % contestó que sí, y el otro 50% que no. En la distribución de la población que contestó que sí se observó (Gráfica 11) lo siguiente: el 81% se identificó como católico, el 5% identificó la meditación como su actividad espiritual. Es de llamar la atención que existió una reducción del 58% del total de psicoterapeutas que contestaron que fueron criados en la religión católica en comparación con los que respondieron que actualmente pertenecen a la misma religión.

A continuación se presenta la exploración de varios aspectos sobre experiencias espirituales o religiosas y se preguntó a los psicoterapeutas ¿cuán importante es cada una de ellas en su propia vida? El rango de respuestas fue de 0 a 10, donde 0 significa “esto para nada es importante en mi vida en la actualidad” y 10 significa “esto es la parte más importante de mi vida en la actualidad”. A continuación se presentan los resultados, en un primer momento de forma general a partir de los promedios y las modas (Gráfica 12), posteriormente el análisis muestra de forma individual cada uno de los 10 aspectos (Gráfica 13).

A partir de las modas en cada uno de los 10 aspectos explorados, se observó una variación que fue de extremo a extremo es decir, nos encontramos con 6 variables en 0 (la puntuación mínima), que significaba “esto para nada es importante en mi vida en la actualidad”:

1. Un credo específico (o conjunto de creencias).
2. Participar de un grupo o comunidad religiosa.
3. Celebrar la belleza y la dignidad del servicio religioso (culto/misa)
4. Participar de la tradición de los feriados religiosos.
5. Búsqueda de bienestar y armonía a través de la oración.
6. Defender los valores históricos tradicionales (defender las tradiciones históricas).

Mientras que 3 se ubicaron en 10 (puntuación máxima), que significaba “esto es la parte más importante de mi vida en la actualidad”:

1. Moral personal y normas éticas.
2. Tener en las experiencias personales una dimensión espiritual.
3. Encontrar una fuente de disciplina y propósito en la vida.

Sólo hay una variable que se ubicó en una moda de 8, Expresar la devoción personal al servicio al prójimo.



Al mismo tiempo, pudimos observar las variaciones más específicas a partir de los promedios de respuesta en cada uno de los rubros. De esta forma, destacaron como los promedios más bajos, y por lo tanto con una mayor cercanía a “esto para nada es importante en mi vida en la actualidad”, con una puntuación de 3: Participar de un grupo o comunidad religiosa, Celebrar la belleza y la dignidad del servicio religioso (culto/misa) y Participar de la tradición de los feriados religiosos. Les siguió con un promedio de 4, Defender los valores históricos tradicionales (Defender las tradiciones históricas).

En el punto central de la escala, es decir con promedio de puntuación en 5, se encontraron Un credo específico (o conjunto de creencias) y Búsqueda de bienestar y armonía a través de la oración.

Del otro lado, se encontraron las puntuaciones más cercanas a “esto es la parte más importante de mi vida en la actualidad”, con un promedio de 6, Expresar la devoción personal de servicio al prójimo y Tener en las experiencias personales una dimensión espiritual. Después se ubicó Encontrar una fuente de disciplina y propósito en la vida, con un promedio de 7. Finalmente el promedio más alto, con una puntuación de 8 se encontró Moral Personal y normas éticas.

En cuanto al análisis de la tendencia de cada una de las variables se observó lo siguiente:

- Un credo específico (o conjunto de creencias).- presentó 5 picos, el más alto en puntuación 0 con el 25% de las respuestas, mientras que el 10

% se encontró en el centro de la escala, con una puntuación de 5. Los otros tres picos se encontraron en el lado opuesto, 18 % en 8, 10% en 9 y 9% en 10. Es así que observamos que el 37% de las respuestas marcaron una tendencia hacia “esto es la parte más importante de mi vida en la actualidad”.

- Moral personal y normas éticas.- se ubicaron las puntuaciones 8, 9 y 10 como las tres puntuaciones más altas con un 79% de las respuestas, cabe resaltar que las puntuaciones 0, 1 y 2 no tuvieron respuesta. Fue marcada la tendencia de las respuestas hacia “esto es la parte más importante de mi vida en la actualidad”.

- Tener en las experiencias personales una dimensión espiritual.- se observaron 4 picos, el 19% en una puntuación de 10, el 18% en 8 y 13% en 9, mientras que la puntuación 0 presentó el 12% de las respuestas. Nuevamente se observó la tendencia a “esto es la parte más importante de mi vida en la actualidad”.

- Participar de un grupo o comunidad religiosa.- el pico más alto se ubicó en la puntuación 0, donde se concentró el 47% de las respuestas, lo que marcó inmediatamente la tendencia hacia “esto para nada es importante en mi vida en la actualidad”.

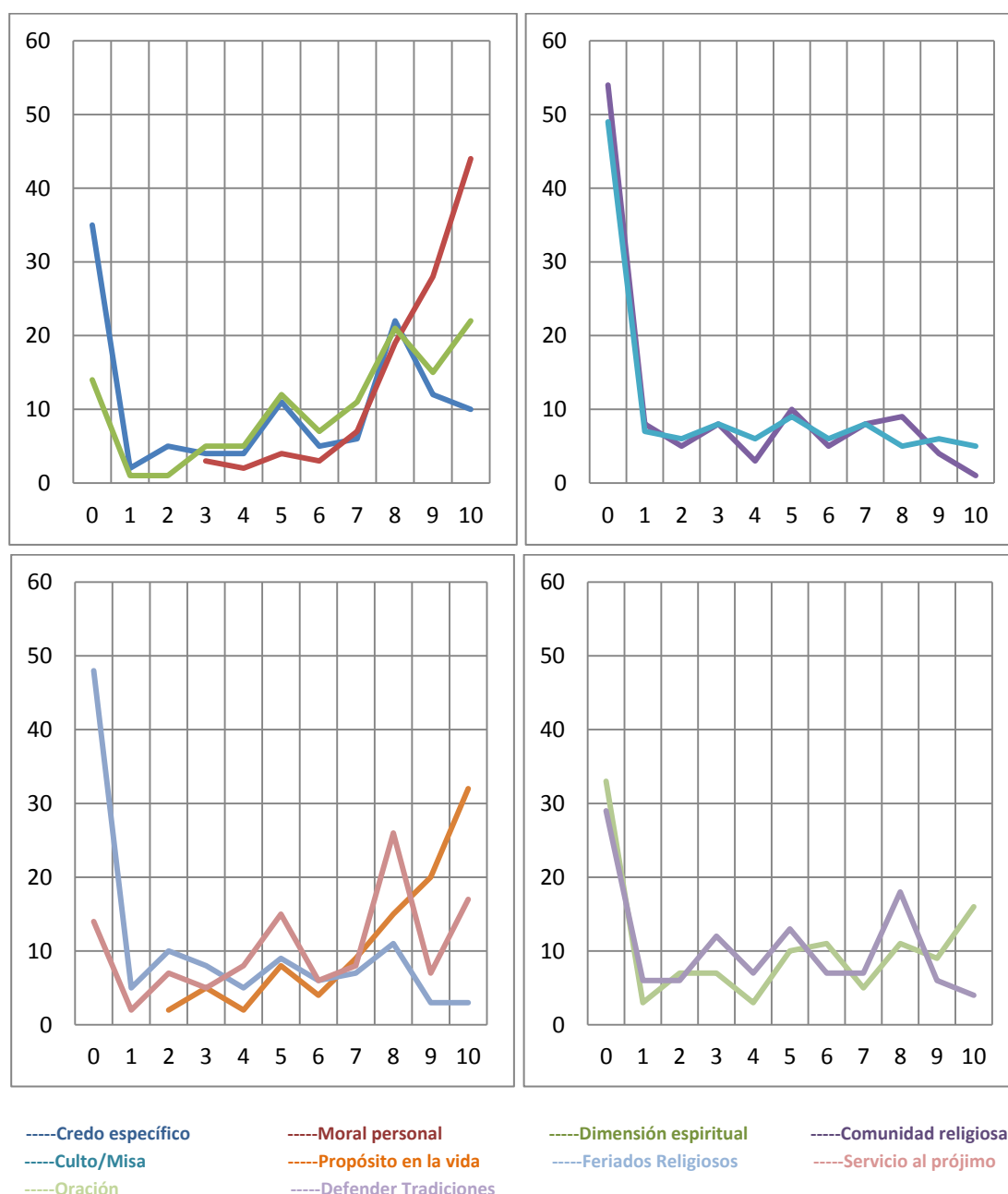
- Celebrar la belleza y la dignidad del servicio religioso (culto/misa).- la puntuación más alta se ubicó en 0 con una concentración del 43% de las respuestas, por lo que se marcó la tendencia hacia “esto para nada es importante en mi vida en la actualidad”.

- Encontrar una fuente de disciplina y propósito en la vida.- las cuatro puntuaciones más altas se ubicaron en 10 con 28%, 9 con 18%, 8 con 13% y del otro lado de la escala, 0 con 15%. Se observó entonces un 59% de las respuestas con tendencias a “esto es la parte más importante de mi vida en la actualidad”.

- Participar de la tradición de los feriados religiosos.- la puntuación más alta se ubicó en 0, concentrando el 42% de las respuestas, lo que de inmediato marcó la tendencia hacia “esto para nada es importante en mi vida en la actualidad”.

- Expresar la devoción personal de servicio al prójimo.- presentó 4 picos, uno en la media de la escala con un 13%, los dos más altos se ubicaron en 8 con 23% y 10 con 15%, y finalmente la puntuación 0 con 12%. Con el 38% se observó una tendencia hacia “esto es la parte más importante de mi vida en la actualidad”.

GRÁFICA #13 EXPERIENCIAS ESPIRITUALES O RELIGIOSAS ACTUALMENTE

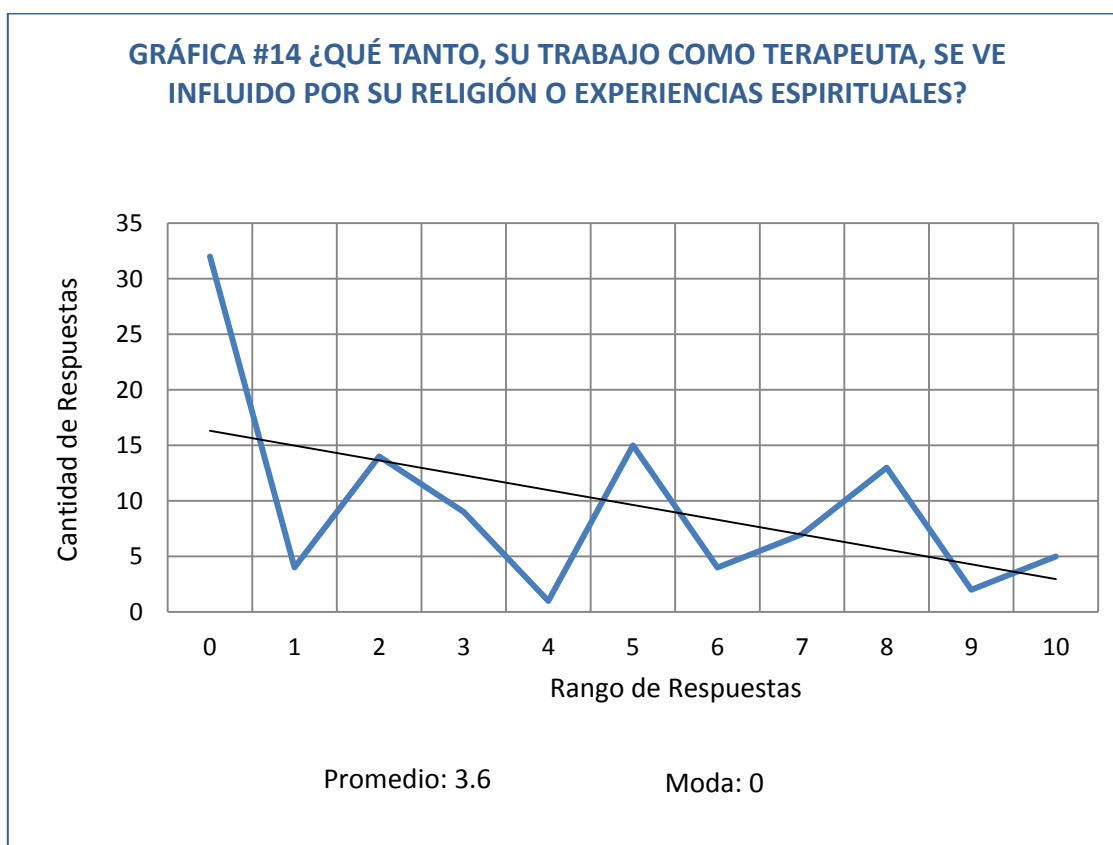


- Búsqueda de bienestar y armonía a través de la oración.- presentó dos picos, uno al extremo del otro, la puntuación más alta fue 0 con 29%, mientras que 10 obtiene el 14% de las respuestas. Apparently the tendency was marked towards the lowest score, however the scores 6 and 8, each with 10%, indicated that 34% of the responses were closer to "this is the most important part of my life in the present"

- Defender los valores históricos tradicionales (defender las tradiciones históricas).- se observaron 4 picos, 0 con la mayor cantidad, el

25%, 3 con 10%, la parte central de la escala, es decir, la puntuación 5 presentó el 11%, y finalmente el puntaje 8 presentó el 16% de las respuestas. Por lo tanto se apreció la tendencia hacia “esto para nada es importante en mi vida en la actualidad”.

Finalmente, frente a la influencia de su religión o experiencias espirituales en su trabajo como terapeuta se observó (Gráfica #14) que la tendencia fue hacia “para el terapeuta no es en absoluto importante”, la moda se ubicó en 0, mientras que el promedio en 3.6. De igual forma, el 57 % de las respuestas se presentó en el rango de puntuaciones cercanas a “para el terapeuta no es en absoluto importante”, mientras que solo el 29% se ubicó en las puntuaciones cercanas a “para el terapeuta es lo más importante”.



4.6. AUTOPERCEPCIÓN ACTUAL

Se presentaron 10 ítems que exploraban la percepción actual de varios elementos en su propia vida, con un intervalo de respuestas que fueron del 0 (igual a nunca) al 5 (igual a frecuentemente). Observamos (Tabla #3) que los aspectos se distribuyeron en relación a la moda de la siguiente forma: fueron cinco los rubros que se ubicaron en una puntuación de 5, describiendo que en la actualidad, en su propia vida los psicoterapeutas con frecuencia son capaces de experimentar momentos de

gozo sin ningún tipo de reservas, se sienten realmente queridos y apoyados, sienten que sus relaciones emocionales e íntimas son satisfactorias, se toman oportunidades para relajarse y disfrutar la vida y sienten que pertenece a una comunidad significativa para ellos. Con una puntuación de 4 se ubicó el rubro: expresan libremente sus pensamientos y sentimientos íntimos, y con una puntuación de 3 se ubicaron dos rubros: sienten una gran carga de responsabilidad, preocupación o inquietud, así como se preocupan por el dinero y la seguridad económica.

En las puntuaciones más bajas se ubicaron dos aspectos: con una puntuación de 2 tienen preocupaciones por su salud física, y con puntuación de 1, se sienten inmersos en algún conflicto personal, desilusión o pérdida. Cabe resaltar que en este primer análisis no hubo rubros que se ubicaran en puntuación 0.

TABLA #3 ACTUALMENTE, EN SU PROPIA VIDA, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED...

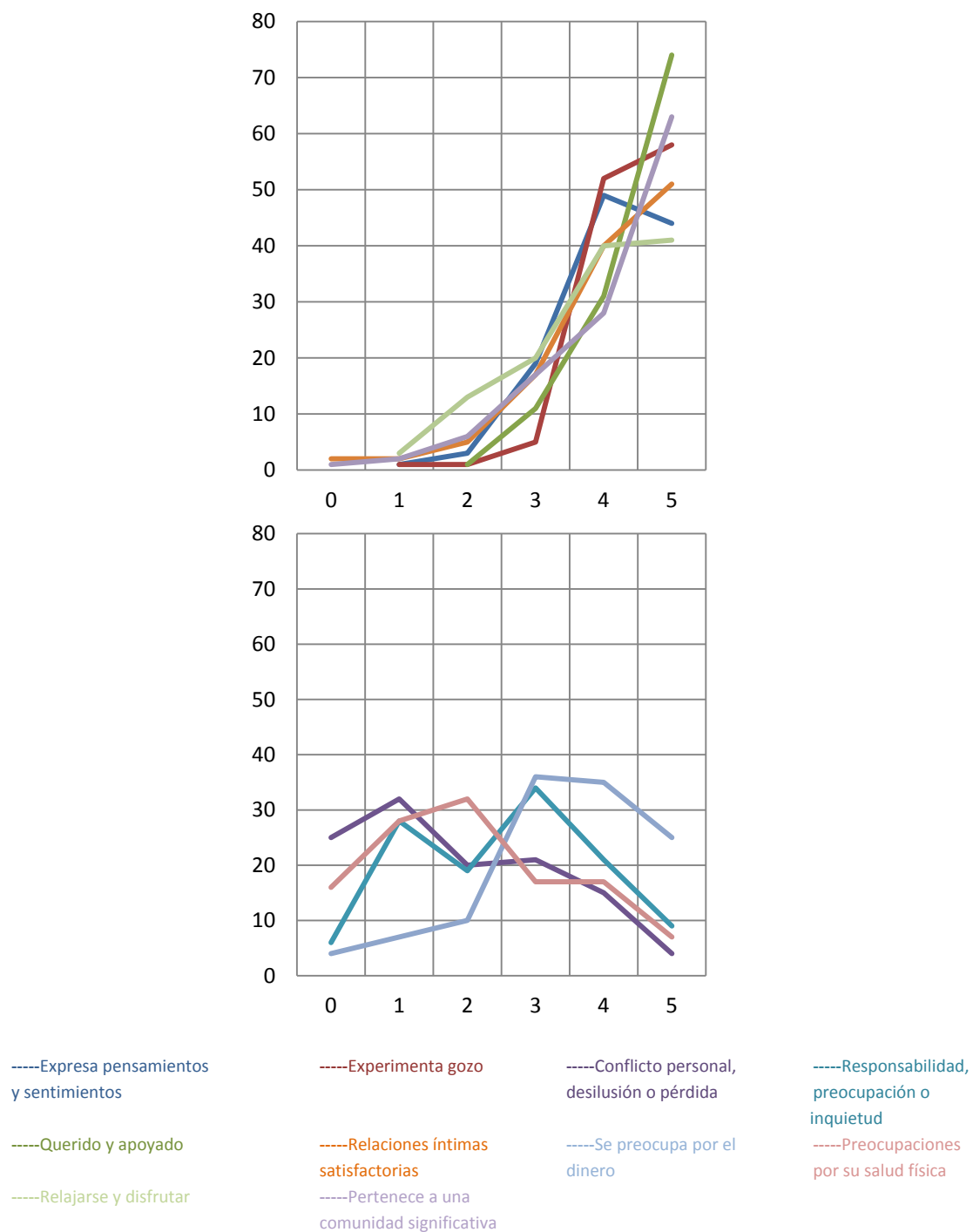
Nunca 0	1	2	3	4	Frecuentemente 5
	Conflicto personal, dolor o pérdida	Preocupación por su salud física	Responsabilidad, preocupación o inquietud	Expresa pensamientos y sentimientos	Experimenta gozo
			Se preocupa por el dinero		Querido y apoyado
					Relaciones íntimas satisfactorias
					Relajarse y disfrutar
					Pertenece a una comunidad significativa

De una forma más específica, se decidió hacer una división en dos categorías para hacer la presentación de los resultados (Gráfica 15), lo que de manera inmediata nos mostró rasgos interesantes. La división fue:

- a) Aspectos Positivos, que incluyó: expresa pensamientos y sentimientos, experimenta gozo, querido y apoyado, relaciones íntimas satisfactorias, relajarse y disfrutar, y pertenece a una comunidad significativa.
- b) Aspectos negativos, que incluyó: conflicto personal, desilusión o pérdida, responsabilidad, preocupación o inquietud, se preocupa por el dinero y preocupaciones por la salud física.

La primera observación nos mostró una diferencia marcada en el tipo de distribución de las frecuencias, en donde los aspectos positivos mostraron en general una tendencia homogénea hacia frecuentemente, mientras que las distribuciones en los aspectos negativos se mostraron con irregularidad, con diversos picos concentrados en las puntuaciones centrales.

GRÁFICA #15 ACTUALMENTE, EN SU PROPIA VIDA, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED...



A continuación se presenta el análisis individual en cada uno de los rubros:

- Expresa libremente sus pensamientos y sentimientos íntimos.- aunque la mayor cantidad de respuestas se ubicó en la puntuación 4 con el 42%, la puntuación 5 presentó el 38% y la puntuación 3 el 16%, lo que nos arrojó que el 96% de los psicoterapeutas frecuentemente expresan con libertad sus pensamientos y sentimientos íntimos. Cabe resaltar que la puntuación 0 no obtuvo respuestas.

- Es capaz de experimentar momentos de gozo sin ningún tipo de reservas.- la mayor cantidad de respuestas se ubicó en la puntuación 5 con el 50%, le siguió la puntuación 4 con el 44%, como pudimos observar estas dos puntuaciones concentraron el 94% de las respuestas, indicando que los psicoterapeutas con frecuencia son capaces de experimentar momentos de gozo sin ningún tipo de reservas. Nuevamente se observó la puntuación 0 sin respuestas.

- Se siente realmente querido y apoyado.- aquí se presentó la puntuación con mayor concentración de respuestas de todas las categorías, la puntuación más alta fue 5 con el 63%, seguida de la puntuación 4 con el 26 %. Por lo tanto las respuestas nos indicaron que con frecuencia se sienten realmente queridos y apoyados. En esta categoría no hubo respuestas tanto en la puntuación 0 como en la 1.

- Se siente inmerso en algún conflicto personal, desilusión o pérdida.- la mayor concentración de respuestas se ubicó en la puntuación 1 con 27%, seguida de la 0 con 21%, la 3 con 18% y la 2 con 17%. Por lo tanto el 65% de las respuestas tuvo una tendencia hacia nunca sentirse inmerso en algún conflicto personal, desilusión o pérdida.

- Siente una gran carga de responsabilidad, preocupación o inquietud.- se observaron 2 picos, el más alto en la puntuación 3 con 29%, seguida de la puntuación 1 con 24%. Ambos se encontraron en polos opuestos, por lo que resultó importante el resto de las puntuaciones en cada rango. De esta forma el 45% presentó una tendencia a nunca sentir una carga de responsabilidad, preocupación o inquietud, mientras que el 55% la tendencia fue hacia frecuentemente. Aunque la diferencia fue solo del 5% resultó significativa por las variaciones en la escala.

- Siente que sus relaciones emocionales e íntimas son satisfactorias.- mayor concentración se ubicó en la puntuación 5 con 43%,

seguida de la puntuación 4 con 34%. Por lo tanto, hubo un 77% de respuestas con tendencia a frecuentemente sentir que sus relaciones emocionales e íntimas son satisfactorias.

- Se preocupa por el dinero o la seguridad económica.- la concentración más alta se ubicó en la puntuación 3 con 31%, seguida de la 4 con 30% y la 5 con 21%. Se observó entonces que el 82% frecuentemente se preocupa por el dinero o la seguridad económica.

- Tiene preocupaciones por su salud física.- la mayor concentración se ubicó en la puntuación 2 con 27%, seguida de la 1 con 24%. La tendencia se marcó hacia nunca tienen preocupaciones por su salud física con un 64%, al incluir las respuestas de la puntuación 0.

- Se toma oportunidades para relajarse y disfrutar en su vida privada.- la concentración más alta se ubicó en la puntuación 5 con 35%, seguida de la 4 con 34%. Con un 69% la tendencia indicó que frecuentemente se toman oportunidades para relajarse y disfrutar en su vida privada. Cabe señalar que en esta categoría tampoco hubo respuestas en la puntuación 0.

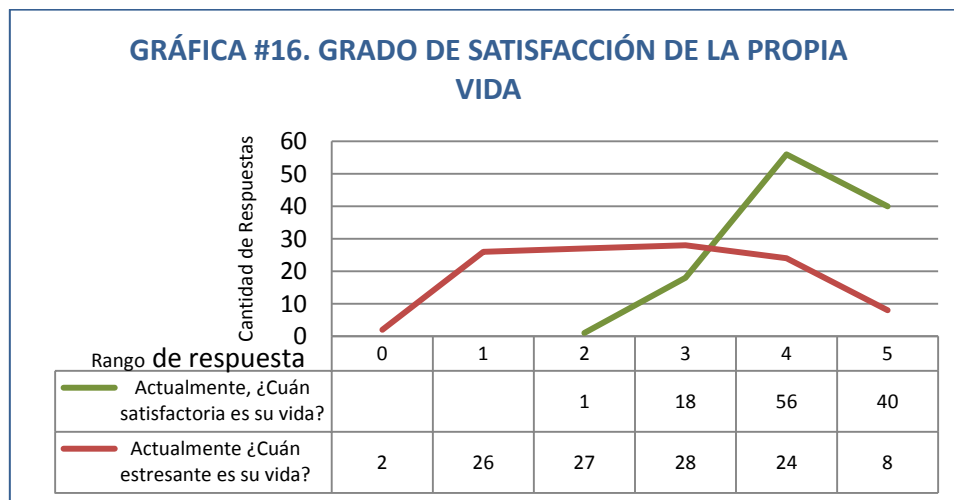
- Siente que pertenece a una comunidad significativa para usted.- la concentración más alta se ubicó en la puntuación 5 con 54%, seguida de la 4 con 24%. Por lo tanto el 78% de respuestas mostraron una tendencia hacia frecuentemente sienten que pertenecen a una comunidad significativa.

Sobre las actividades recreativas y al servicio del auto-cuidado personal, se presentaron 10 categorías, con un rango de respuesta de 0 (nunca) a 5 (frecuentemente). Y con base en el promedio de las respuestas en cada una de las actividades, se pudo observar (Tabla #4) que las actividades que mayor frecuencia presentan, con una puntuación de 4 fueron: realizar actividades con familiares, participar en actividades sociales y asistir a espectáculos como cine, teatro, exposiciones o conciertos; les siguieron con una puntuación de 3: leer literatura no-especializada, viajar a una localidad distinta de la que se desenvuelve habitualmente, practicar deporte o entrenar en el gimnasio, practicar alguna habilidad manual; con puntuación de 2 se presentaron: realizar caminatas por al menos 1 hora y practicar disciplinas de expresión estética; finalmente en la puntuación 1, es decir la actividad que menos fue empleada por los psicoterapeutas participantes resultó practicar Yoga o forma de meditación.

TABLA #4 ¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED EMPLEA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON CARÁCTER RECREATIVO Y AL SERVICIO DEL AUTO-CUIDADO PERSONAL?

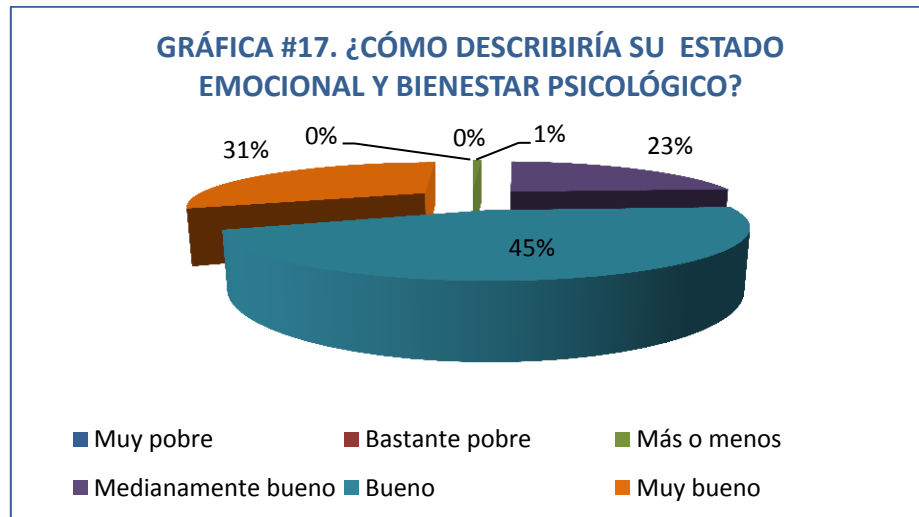
Nunca 0	1	2	3	4	Frecuentemente 5
	Practicar Yoga	Realizar caminatas	Leer	Actividades familiares	
		Expresión estética	Viajar	Actividades sociales	
			Practicar deporte	Asistir a espectáculos	
			Habilidad manual		

A continuación se exploró el grado de satisfacción en la actualidad de la propia vida, a partir de una escala que fue del 0 (nada) al 5 (mucho). Se observó (Gráfica #16) en el rango de respuestas correspondiente a la pregunta “Actualmente ¿cuán satisfactoria es su vida?” un pico en la puntuación 4 con el 48%, seguida por la puntuación 5 con 35% y la 3 con 16%. Mientras que la única puntuación baja fue 2 con un 1%. Lo anterior nos indicó que el 99% de los psicoterapeutas participantes consideran actualmente muy satisfactoria su vida.

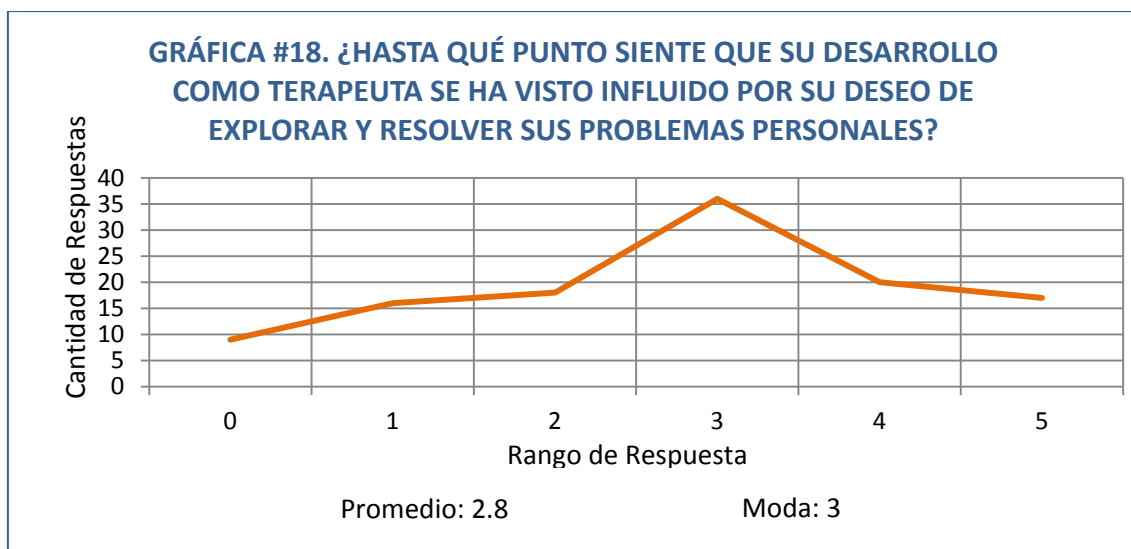


En el rango de respuestas correspondientes a la pregunta “Actualmente ¿cuán estresante es su vida?” se presentó mayor homogeneidad en las respuestas en cada una de las puntuaciones, siendo 3 la más alta con 24%, seguida en orden descendente por la puntuación 2 con 23%, la 1 con 22%, la 4 con 21%, la 5 con 7% y finalmente la 0 con 2%. De esta forma el 47% de las respuestas mostraron una tendencia hacia nada estresante, mientras que 52% presentó una tendencia hacia frecuentemente estresante.

Finalmente se analizó cómo describen los psicoterapeutas su actual estado emocional y bienestar psicológico (Gráfica #17), donde el 45 % de los participantes consideró que es “bueno, no tengo grandes quejas”, el 31 % “muy bueno, consigo las cosas de la manera que me gustaría (he soñado)”, el 23% “medianamente bueno, tengo altos y bajos” y el 1% “más o menos, con algunos esfuerzos logro salir adelante.



4.7. PROBLEMAS PERSONALES



Por último se exploró hasta qué punto, los psicoterapeutas participantes, sienten que su desarrollo como terapeutas se ha visto influido por su deseo de explorar y resolver sus problemas personales. Nuevamente se presentó una escala de respuestas que van del 0 (nada) al 5 (mucho). Y se observó (Gráfica 18) lo siguiente: el promedio de respuestas fue de 2.8 y la moda de 3, siendo coincidentes una con la

otra, con el 31% de la concentración de respuestas, seguida por la puntuación 4 con 17% y la 2 con 16%, la 5 con 15% y la 1 con 14% y finalmente la puntuación 0 con 8%. De esta forma el 63% de las respuestas presentaron una tendencia mayor a sentir que su desarrollo como terapeuta se ha visto influido mucho por su deseo de explorar y resolver sus problemas personales, frente al 38% que mencionó sentir que su desarrollo como terapeuta se ha visto nada influido por su deseo de explorar y resolver sus problemas personales.

Hasta aquí los datos correspondientes a la sección nueve del CCDP, correspondiente a la vida personal del psicoterapeuta, cada uno de los diferentes rubros nos permitió cuantificar las características generales de los individuos participantes en la muestra, no olvidemos que este trabajo es una primera aproximación al entendimiento de la vida y desarrollo del individuo en el delimitado contexto de la muestra antes mencionada. La labor no termina aquí y se abren las puertas a la continuación del estudio, algunas prepuestas y recomendaciones se abordarán en líneas siguientes.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

A partir de los datos arrojados por CCDP, presentados en el capítulo anterior se generaron las conclusiones planteadas en este capítulo.

Definitivamente es de vital importancia el ejercicio de autoconocimiento del propio gremio, esa mirada hacia la vida personal y profesional del mismo individuo que ejerce la psicoterapia así como lo que le rodea tanto en su formación, como en el ejercicio de la profesión, aunado a la vida cotidiana, brindan valiosa información que, como menciona Freud (en Fromm, 1964), el conocimiento conduce a la transformación, la teoría y la práctica no deben de separarse, con el acto de conocerse a uno mismo, uno se transforma. Es decir los cambios y mejoras que se pueden generar en todo aquello que rodea al ejercicio de la psicoterapia tienen que pasar por el filtro del análisis y la propia comprensión de los sujetos que establecen una relación de ayuda con otros sujetos.

Este análisis, como cualquier otro que se realice a profundidad, no es sencillo de llevar a cabo, el sujeto que se dispone a brindar información de sí mismo, se encuentra con la auto-barrera de mostrar-se ante otro, y ser el sujeto del escrutinio. Esto lo sabemos muy bien quienes ejercemos la psicoterapia, ya que en el día a día, en el quehacer del trabajo cotidiano, nos enfrentamos con la ansiedad que esto despierta en cada una de las personas a las que les brindamos atención, pero en ese ejercicio común a nuestro quehacer, generalmente nos sentimos seguros ya que el que se abrirá ante nosotros es el que solicita la ayuda, no viceversa. Pero cuando la posición cambia, es decir cuando el psicoterapeuta es el cuestionado y analizado, la ansiedad surge como en cualquier otro individuo, en distintos grados y reflejado de maneras diversas, pero a final de cuentas la ansiedad se hace presente. Esto lo podemos inferir de forma muy general a partir de dos elementos, el primero la escasa investigación que existe al respecto a lo que sucede con el psicoterapeuta, más allá de las cuestiones técnicas o metodológicas, sino desde el ámbito personal, visto como el sujeto complejo que es partícipe en una relación de ayuda con otro sujeto igual de complejo; el segundo indicador es la resistencia misma que observamos al llevar a cabo la investigación, reflejada en el número total de cuestionarios entregados, y el número final que fueron regresados al equipo de investigación, y de éstos todavía el número se reducía por aquellos que quedaban invalidados, quedando al final menos de la mitad de los originalmente entregados.

Como ya se dijo, Orlinsky y Rønnestad (2005) mencionaban que la extensión del cuestionario requería un compromiso genuino por parte del psicoterapeuta para participar en su contestación, pero además el hacer el propio ejercicio de introspección, y centrándose en la sección 9, auto-cuestionarse sobre la propia vida personal no es un ejercicio que todos estén dispuestos a llevar a cabo.

Aunque las conclusiones, no se pueden generalizar, como ya se explicó, a la totalidad de los psicoterapeutas que ejercen en la ciudad de León, se puede observar que en la población que participó 2 de cada 10 participantes son hombres, el resto son mujeres, siendo la mayoría, que coincide con la percepción social, desde la propia experiencia personal, de que es un ejercicio profesional con mayor presencia de mujeres.

El contexto socio-cultural es importante, y se muestra de forma significativa como de los participantes, son pocos los que provienen de una nacionalidad distinta a la mexicana, y esos pocos coincidentemente provienen de naciones latinoamericanas, sólo 2 participantes provienen de una nación anglosajona (EUA), aunque sería interesante poder llevar a mayor profundidad la descripción del contexto sociocultural tanto de estos dos participantes como del resto. A partir de esta información se puede inferir que como ya se ha mencionado, el contexto del psicoterapeuta se pone en juego en el ejercicio profesional, por lo que resulta complicado, más no imposible, el trabajo desde la interculturalidad, considero que está sería una posible vía de estudio para futuras investigaciones, sobre la viabilidad del trabajo intercultural en el ámbito de la psicoterapia, y la descripción de esa vivencia por parte de los psicoterapeutas que la experimentan.

Sobre las relaciones familiares se puede decir lo siguiente: 2 de cada 10 psicoterapeutas participantes, no llevan una relación afectiva íntima con una pareja, mientras que el resto sí cuentan con este tipo de relación, ya sea casados o no. Sería interesante saber si para aquellos que no tienen una relación de este tipo, les resulta un aspecto significativo en su vida personal, y cómo es la vivencia de ello. A pesar de que la mayoría cuenta con una relación de pareja, no todos han llevado esta pareja a la conformación de una familia, o dicho de otra forma, solo 5 de cada 10 psicoterapeutas participantes tiene hijos. Sobre el mismo rubro, las familias conformadas en su mayoría cuentan con un máximo de 3 hijos, principalmente son hijos adolescentes.

En contraste con las familias de origen, los psicoterapeutas provienen de familias más numerosas, en ocasiones hasta 7 hermanos, esto lo podemos relacionar con el cambio cultural y las conformaciones familiares que se han dado en las últimas décadas en el país, así como lo programas de planificación familiar que ha implementado el gobierno mexicano. De igual forma 5 de cada 10 psicoterapeutas son el hijo mayor o el hijo menor.

Sobre los padres es significativo 5 de cada 10 de los psicoterapeutas participantes han tenido alguna pérdida ya sea por separación (divorcio) o muerte de alguno de los padres. Esto se relaciona con lo antes mencionado por Cozolino (2011) que plantea la tendencia a provenir de familias donde se presentaron conflictos emocionales, aunque es necesario corroborar cuáles de estas pérdidas fueron experimentadas como conflicto emocional. En contraste a eso, se observa que la tendencia de haberse sentido queridos y apoyados, así como de provenir de una familia con un adecuado funcionamiento es mayor, frente a la tendencia a la baja de haber experimentado un trauma durante su infancia.

Sobre las relaciones personales se tomó como referencia, para las presentes conclusiones, el Modelo Circumplejo de Comportamiento Interpersonal de Leary, descrito en el capítulo referente al Marco Teórico.

Debido a que las puntuaciones más bajas se ubican en las características *frío* y *desafiante*, se puede concluir que el tipo de relación que generan los psicoterapeutas participantes no se ubican en la negligencia, con poca tendencia a atacar y repeler. Por el contrario al ser amigable y cálido las características más altas, se puede concluir que el tipo de relación que generan los psicoterapeutas participantes se ubican principalmente con tendencia a atraer, generando la afiliación. Al mismo tiempo, las características *receptivo* y *aceptador*, ubican un control cedido, con tendencia a consentir, depender y confiar. Sin embargo hay algunos datos que ubican como una segunda posición en la frecuencia de respuestas, las características *autoritario* y *directivo*, lo que implica un control ejercido con tendencia a dirigir, al mismo tiempo que crítico y reservado, lo que indica una tendencia a repeler, rechazar y proteger.

Sobre la espiritualidad, la mayoría de los participantes fueron criados en la religión Católica, y es así que durante su infancia la religión era un aspecto importante en su vida, desde lo que Font (1999) menciona como una experiencia religiosa que se refiere a atributos de alguien que se pone fuera de uno mismo, siendo una relación en

tercera persona. Durante la adolescencia se presenta una variación en el tipo de respuesta lo que nos habla de esa experiencia religiosa dialogal, personal con un trascendente, por lo que la vivencia individual se torna diferente en cada sujeto dependiendo de las propias circunstancias de vida, siendo una fase de transición de la espiritualidad. Finalmente en el momento actual de vida es el cohorte en el que se considera la religión como un aspecto importante en la vida personal y coincide con lo que Font describe como una experiencia religiosa íntima, en la cual la referencia a Dios tiene el carácter de una experiencia esencial, o como lo llama Deconchy (1967), fase de interiorización, en donde existe una actitud religiosa profunda, en búsqueda de la trascendencia.

También se puede observar que durante estas tres etapas existió una búsqueda por el desarrollo de la espiritualidad en alternativas distintas a las que habían experimentado durante la infancia, es decir, 6 de cada 10 psicoterapeutas que fueron criados como católicos buscaron otras alternativas para desarrollar su espiritualidad.

En ese desarrollo espiritual, no se visualizan como importantes el tener un credo específico (o conjunto de creencias), participar de un grupo o comunidad religiosa, celebrar la belleza y la dignidad del servicio religioso (culto/misa), participar de la tradición de los feriados religiosos, la búsqueda de bienestar y armonía a través de la oración, ni defender los valores históricos tradicionales (defender las tradiciones históricas).

Los aspectos que consideran relevantes o de importancia los psicoterapeutas participantes son: el desarrollo de una moral personal y normas éticas, tener en las experiencias personales una dimensión espiritual y encontrar una fuente de disciplina y propósito en la vida. Al mismo tiempo existe una significativa consideración por expresar la devoción personal al servicio al prójimo.

Sin duda, como lo menciona Hirsch(1973) la espiritualidad y la praxis psicoterapéutica, afectan la existencia total, y deben vivirse ante todo en una unión personal, al autor menciona que muchas veces, en la práctica, las dos cosas se entremezclan y los prejuicios religiosos y morales constituyen el mayor obstáculo para toda labor terapéutica. Pero debemos ser cuidadosos en este análisis, ya que las circunstancias cambiantes a lo largo del desarrollo, así como las convicciones que forjamos, son el resultado de múltiples experiencias, algunas positivas y otras negativas, no podemos suponer que la modificación en la perspectiva religiosa del

psicoterapeuta, implique forzosamente un elemento que obstaculice su comprensión de la vivencia religiosa del consultante.

De igual forma, la permanencia constante en una religión determinada durante toda la vida, no garantiza el bienestar emocional del individuo, no contamos con los elementos suficientes en la presente investigación para determinar si la permanencia en la misma creencia religiosa, el cambio de creencia o el discurso de ausencia de la misma, por parte de los psicoterapeutas, son el resultado de un análisis introspectivo de la propia vivencia de la espiritualidad propiciando un bienestar emocional, o una respuesta que encubre conflictos emocionales en el sujeto.

El instrumento en la pregunta 9.53 “¿Qué tanto, su trabajo como terapeuta, se ve influido por su religión o experiencias espirituales?”, arroja datos sobre la percepción subjetiva del individuo. Resultaría interesante conocer además datos que indiquen la forma de interacción entre consultante y psicoterapeuta en una sesión donde se aborde el tema de las experiencias espirituales.

Es por lo anterior que resulta interesante, para futuras investigaciones, preguntarnos sobre las condiciones o características en las que se presenta la vivencia actual del psicoterapeuta en ejercicio de la profesión en relación con las experiencias vividas durante sus primeras etapas de desarrollo (infancia y adolescencia), es decir: ¿por qué se mantienen en la actualidad las creencias religiosas en las que fue educado durante la infancia? o ¿Cuáles fueron las condiciones por las que se modificaron esas primeras creencias religiosas?

Respondiendo a estas preguntas podemos contar con más elementos, para entender con mayor profundidad un aspecto de la vida personal del psicoterapeuta. Y entonces si cuestionarnos ¿cómo la vivencia actual influye en la comprensión del consultante? Y observar si los prejuicios religiosos y morales de los que habla Hirsch, están presentes o no.

Finalmente, sobre la autopercepción actual, los psicoterapeutas participantes en su propia vida con frecuencia son capaces de experimentar momentos de gozo sin ningún tipo de reservas, se sienten realmente queridos y apoyados, sienten que sus relaciones emocionales e íntimas son satisfactorias, se toman oportunidades para relajarse y disfrutar la vida y sienten que pertenece a una comunidad significativa para ellos.

Con regularidad expresan libremente sus pensamientos y sentimientos íntimos, al mismo tiempo que sienten una gran carga de responsabilidad, preocupación o inquietud, la cual puede ser provocada por el dinero y la seguridad económica.

Por el contrario lo que menos les preocupa es su salud física, así como sentirse inmersos en algún conflicto personal, desilusión o pérdida.

Las actividades que con frecuencia utilizan como recreativas y al servicio del auto-cuidado son: realizar actividades con familiares, participar en actividades sociales y asistir a espectáculos como cine, teatro, exposiciones o conciertos.

Otras actividades que realizan pero no con tanta frecuencia son: leer literatura no-especializada, viajar a una localidad distinta de la que se desenvuelve habitualmente, practicar deporte o entrenar en el gimnasio, practicar alguna habilidad manual.

En general los psicoterapeutas participantes en la actualidad se sienten satisfechos con su vida. Mientras que 5 de cada 10 manifiestan que su vida actualmente es estresante. A pesar de ello 7 de cada 10 describen su estado emocional y bienestar psicológico actual como bueno, sin grandes quejas, con la posibilidad de conseguir las cosas de la manera que han soñado.

Ya por último, ¿hasta qué punto, los psicoterapeutas participantes, sienten que su desarrollo como terapeutas se ha visto influido por su deseo de explorar y resolver sus problemas personales? Frente a esa necesidad de auto-conocerse y resolver esos conflictos, presentes en nuestra elección vocacional, y que nos llevan a la búsqueda de ser esos “cuidadores” como lo menciona Cozolino (2011), 6 de cada 10 participantes sienten que su desarrollo como terapeuta se ha visto influido mucho por su deseo de explorar y resolver sus problemas personales.

Podemos observar entonces como esa búsqueda por resolver y explorar, las vicisitudes personales, en los participantes de la presente investigación, entre las que se encuentran vivencias de pérdida por parte de las figuras parentales por separación o muerte, los ha llevado a desarrollarse como psicoterapeutas, que en general se sienten satisfechos con su vida, están pendientes de procurarse actividades recreativas y de autocuidado que les favorezcan a sobrellevar las situaciones estresantes que experimentan, en este sentido la familia ocupa un lugar importante al igual que las relaciones interpersonales, las cuales se han configurado de tal forma que fortalecen los recursos necesarios para establecer relaciones de ayuda satisfactorias y eficientes.

Han experimentado cambios en su espiritualidad, buscando fortalecer su moral personal y las normas éticas, teniendo experiencias personales una dimensión espiritual y a través de una fuente de disciplina y propósito en la vida.

Realizar la presente investigación me ha permitido hacer un recorrido de ida y vuelta en repetidas ocasiones al plantearme distintas preguntas, algunas clarificadas y muchas otras como posibles líneas de investigación a futuro.

El primer elemento que ha llamado mi atención, cuestionándome una y otra vez durante el camino recorrido en este trabajo es la singularidad de las relaciones “laborales” que vive el psicoterapeuta en su quehacer profesional cotidiano, trataré de explicarme: el psicoterapeuta se relaciona con otros individuos a raíz de su trabajo, siendo tres las posibles las configuraciones.- 1) consultante-psicoterapeuta, 2) psicoterapeuta en supervisión-psicoterapeuta supervisor, 3) psicoterapeuta como consultante-psicoterapeuta del psicoterapeuta. A pesar de la constante interacción con otros individuos, su quehacer se torna aislado y hermético, por las características de confidencialidad que implica la relación. A diferencia de otras profesiones, el psicoterapeuta no puede, por lo menos desde una consideración ética, simplemente descargar los errores, aciertos, frustraciones, satisfacciones, fracasos, logros con otros colegas si no es bajo las configuraciones antes mencionadas, o bien llegar a casa y en familia tener una charla sobre como estuvo el trabajo “en la oficina”. Esta singularidad de la profesión torna un ámbito del vida del individuo que se dedica a la psicoterapia, en un aspecto de cierta forma desconocido para los que le rodean que no son parte del gremio.

La manera en que se concibe la persona que está detrás del título de psicoterapeuta de manera cultural, pero también personalmente impacta de forma contundente en la manera de vivirse y desempeñarse no solo profesionalmente, sino en las demás esferas que conforman al individuo.

Es de esta forma que el psicoterapeuta necesita encontrar en los diferentes momentos de su formación y desarrollo las herramientas que le ayuden a lidiar con tal situación, de la forma más “funcional” y “sana” posible. Esto lo menciono ya que definitivamente la vida de todo individuo esta permeada por el ámbito laboral, coloquialmente se escucha “la forma de ganarse la vida”, pues esa *forma* influirá definitivamente en su vida. Por otro lado, prestar atención a la propia forma de vivir es congruente con el quehacer profesional, ya que esto a su vez influirá el desempeño laboral, es por ello que menciono que es un ir y venir.

Esta importancia de verse aunado al habitual hermetismo profesional torna difícil la tarea de *investigarnos* a nosotros mismos, pero esta dificultad resulta un incentivo para profundizar en aquello que aún resulta poco conocido. Es así que el presente trabajo, reitero, es parte de un primer esbozo sobre quienes ejercemos la psicoterapia en la ciudad de León, Guanajuato. Un primer camino que puede entrelazarse con muchos otros a futuro.

Lo inmediato es a partir de los resultados de la presente investigación y las otras tres que conforman el estudio global, realizando una correlación de las diversas variables estudiadas.

A futuro, existe una tarea más compleja, el poder realizar esa correlación de forma comparada entre distintas regiones en nuestro país, que nos arrojen imágenes sobre quienes somos lo que psicoterapeutas que ejercemos en México, pudiendo al mismo tiempo comparar nuestros resultados con los de otras latitudes más lejanas.

Recordemos, todo lo anterior con la finalidad de conocerse uno mismo ya que con este acto, uno se transforma, en este proceso de autoconocimiento desde el rol de psicoterapeuta en el ámbito de la vida personal nos podemos dar cuenta que el camino comienza, aún hay mucho por explorar, y no nos podemos olvidar que ese quién ejerce la psicoterapia, es una persona igual de compleja que aquel que solicita la ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

- Aisenson, A. (1982). Encontrarse, encontrarnos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 111-123.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bellows, K. (2007). Psychotherapists' Personal Psychotherapy and Its Perceived Influence on Clinical Practice. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71 [3], 204-226.
- Bleger, J. (2002). *Temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Carrasco, Á., Gillet, A., Moreno, M. T., Dussaillant, R., & Oettinger, M. E. (2010). ¿Quiénes somos y qué hacemos en psicoterapia los Junguianos Latinoamericanos? *Encuentros. Revista Latinoamericana de Psicología Analítica*, 3-17.
- Cozolino, L. (2011). *Cómo ser un terapeuta. Guía práctica para el viaje interior*. México: Paidós.
- Domínguez, C. (2003). *Psicodinámica de los ejercicios ignacianos*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Durkheim, É. (1964, 1893). *The division of labor in society*. New York: Free Press.
- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. (2009). *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas*. Recuperado el 14 de Octubre de 2009, de <http://www.feap.es>
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Font I Rodon, J. (1999). *Religión, psicopatología y salud mental: introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias*. Barcelona: Paidós.
- Frank, J. (1988). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicologías. En M. Mahoney, & A. Freeman, *Cognición y Psicoterapia* (págs. 73-102). Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1988/1939). *Moisés y la religión monoteísta: y otros escritos sobre judaísmo y antisemitismo*. Buenos Aires: Proyectos Editoriales.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. D. F.: Siglo XXI Editores, s. a. de c. v.
- Gendlin, E. T. (1999). *El focusing en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Goldberg, C. (1986). *On being a psychotherapist: The Journey of the healer*. Nueva York: Gardner.

- Guy, J. D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Harrsch, C. (1998). *La identidad del psicólogo*. México: Addison Wesley Longman.
- Hirsch, M. (1973). ¿Qué papel desempeña la fe cristiana en la praxis psicoterapéutica? Relato de una experiencia. En H. Zahrnt, *Jesús de Nazaret y Sigmund Freud. Simposio de psicoanalistas y teólogos* (págs. 215-253). Estella: Editorial Verbo Divino.
- Jung, C. G. (1949). *Psicología y Religión*. Barcelona: Paidós.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Loewenthal, D. (2001). Should all psychotherapists have personal therapy? *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*. Vol. 4, No. 1, 1-6.
- López, L. I. (2010). La otra cara de la terapia: La vida personal del psicoterapeuta. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*. N° 19, 1-10.
- Madrid, J. (2005). *Los Procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Moreno, S. y Zohn, T. (2013). Diálogo interdisciplinario y psicoterapia. Implicaciones para la formación y la práctica. En T. Zohn, N. E. Gómez, y R. Enríquez (Coords). *Psicoterapia Contemporánea: dilemas y perspectivas* (págs. 85-113). Guadalajara: ITESO.
- Nissen-Lie, H. a., Trygve Monsen, J., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20:6, 627-646.
- Norcross, J. C. (2008). Psychotherapists Who Abstain From Personal Therapy: Do They Practice What They Preach? *Journal Of Clinical Psychology*, Vol. 64 (12), 1368-1376.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., et al.. (2010). Development of Psychotherapists: Concepts, Questions, and Methods of a Collaborative International Study. *Psychotherapy Research*, 9:2, 127-153.
- Pichon-Rivière, E. (2009). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social - 2a ed.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Suzuky, D. T., y Fromm, E. (1964). *Budismo Zen y Psicoanálisis*. D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Singer, E. (1975). *Conceptos fundamentales de la Psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Trías, E. (2001). *Pensar la religión*. Buenos Aires: Grupo Editor Altamira.

A quien corresponda:

Por medio de este conducto le hacemos llegar un cordial saludo esperando se encuentren bien, además de nuestro agradecimiento ante su valiosa colaboración en este proyecto que sin dudas es en beneficio de nuestro desarrollo como psicoterapeutas y del gremio en sí.

Hacemos de su conocimiento que la Universidad Iberoamericana León y el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente son partícipes de esta investigación cuantitativa sobre el Desarrollo de los Psicoterapeutas, como parte de un estudio internacional de la Society Psychotherapy Research Collaborative Research Network; por lo tanto alumnos de la maestría en Psicoterapia estarán trabajando en el desarrollo de esta investigación.

Los lineamientos serán los planteados en el cuestionario que se anexa, con el fin de estandarizar los procesos a nivel internacional; así como resguardar la confiabilidad que se requiere; le tomará un aproximadamente hora y media la elaboración de este cuestionario, donde es importante conteste de la manera más honesta y completa posible, para lograr una integración del instrumento. Por la naturaleza anónima de la entrega, es importante que en caso de haberlo contestado previamente, notifique a quien lo ha contactado, para evitar duplicar el proceso. Se concertará una cita en un lapso de quince días posteriores a la entrega del instrumento para recoger el sobre cerrado con el mismo; los sobres serán recolectados de manera general, y concluida la recolección se procederá a la integración de los resultados.

Es importante enfatizar que el fin único de esta información, será utilizar los datos con fines académicos de los alumnos de maestría implicados en el proceso, ya que se elaborarán trabajos de obtención de grado con el análisis de los resultados de manera local; así como la integración de la información en la investigación internacional mencionada.

En caso de estar interesado en conocer los resultados de esta investigación, favor de notificarlo al momento de entregar el sobre.

Agradeciendo de antemano su atención y su valiosa colaboración, quedamos a sus órdenes para cualquier duda o comentario.



Mtra. Estela del Carmen Rojas y López


Coordinadora de la Maestría en Psicoterapia UIA

ATENTAMENTE



Dr. Salvador Moreno López

Coordinador de la Maestría en Psicoterapia ITESO



Psic. Lilia Coronado



Psic. Juliana Flores



Psic. Osiel J. Equihua



Psic. Georgina Mojica

Alumnos de la Maestría en Psicoterapia UIA - ITESO

**SOCIETY FOR PSYCHOTHERAPY RESEARCH
COLLABORATIVE RESEARCH NETWORK**

**ESTUDIO INTERNACIONAL SOBRE
EL DESARROLLO DE LOS PSICOTERAPEUTAS**

CUESTIONARIO COMÚN¹

Aunque sabemos que éste es un cuestionario extenso, estamos seguros de que, como profesional clínico, le resultará de gran interés. Ha sido diseñado por un grupo de investigadores clínicos como base para un estudio de colaboración internacional sobre el desarrollo personal y profesional de los psicoterapeutas, psicoanalistas y consejeros. Agradecemos sinceramente que se una, junto a nosotros y a otros colegas de diferentes países, a la realización de este estudio. (A modo de simplificación, utilizaremos el término "psicoterapeuta" para referirnos tanto a terapeutas como a psicoanalistas, consejeros y asesores y el de "paciente" para denominar a los clientes).

El equipo mexicano responsable de la administración de este cuestionario que está trabajando en conjunto con la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia y su red de Investigación Colaborativa, quiere explicitar el trato confidencial y resguardo del anonimato que se le dará a los datos entregados. Usted ha sido contactado por un miembro del equipo para contestar el cuestionario, a quien se espera que se lo remita contestado. El cuestionario debe ser devuelto en el sobre sellándolo, sin realizarle ningún tipo de anotación o marca en el exterior. Para impedir que usted sea identificado, sus respuestas no serán tabuladas por quien lo contactó, sino por otro miembro del equipo escogido al azar. Después de ser analizados, los datos, los cuestionarios serán destruidos.

0-1.	Fecha de Hoy:	mes	_____	_____	año	_____	_____
0-2.	Fecha de nacimiento:	mes	_____	_____	año	_____	_____
0-3.	Sexo:	Femenino	_____	Masculino	_____		
0-4.	País:	_____					

ACERCA DE SU FORMACIÓN ESPECIALIZADA PROFESIONAL

¿Cuál es su identidad profesional? Es decir, ¿cómo se refiere a Ud. mismo en los ámbitos profesionales?

[Marque todas las alternativas que le sean aplicables.]

1-1. _____ Psiquiatra	1-4. _____ Psicoanalista	1-7. _____ Médico/a
1-2. _____ Psicólogo/a	1-5. _____ Psicoterapeuta	1-8. _____ Enfermero/a

¹ Versión castellana elaborada por Alejandro Ávila Espada. Revisión de la traducción al español efectuada por Margarita Tarragona (México). Revisada y autorizada por D. Orlinsky (Universidad de Chicago) y el equipo asesor del SPR/CRN.

1-3. _____ Trabajador/a Social | 1-6. _____ Orientador/a (Counselor) | 1-9. _____ Otro [especifíquelo:
b. _____]

1-10. **¿Tiene usted alguna titulación o grado académico universitario?**

_____ 1. No. _____ 2. Sí. [b. Por favor, descríbala(s) lo más específicamente posible.]

b. _____

1-11. **¿Cómo evalúa su formación de pre-grado (licenciatura) en relación a las exigencias posteriores como psicoterapeuta?**

0 = Muy Mala 5 = Muy Buena

0 1 2 3 4 5

1-12. **¿Posee usted algún certificado o acreditación profesional para el ejercicio de la psicoterapia?**

_____ 1. No. _____ 2. Sí. [b. Por favor, descríbala(s) lo más específicamente posible.]

1-13. **¿Cuál ha sido la duración total de la formación especializada formal que ha recibido acerca de la teoría y la práctica terapéutica (clases, seminarios y otros cursos)?**

[Incluya el tiempo durante y después de su formación de pre grado como terapeuta pero excluya los periodos no presenciales. Escriba "0" si no ha recibido formación.]

_____ 1. años _____ 2. meses

1-14. **¿Cuál es su nivel de satisfacción con su formación de especialización en psicoterapia?**

0 = Muy Insatisfecho
..... 5 = Muy Satisfecho

0 1 2 3 4 5

0 = Inadecuado ... 5 = Adecuado

1-15. **En relación a la pregunta anterior ¿Considera usted que recibió en su formación de especialización en psicoterapia un adecuado entrenamiento en manejo de situaciones clínicas?**

0 1 2 3 4 5

1-16. **De la misma manera ¿Considera que recibió en su formación de especialización en psicoterapia una adecuada formación en aspectos teóricos?**

0 1 2 3 4 5

0 = Muy Mala 5 = Muy Buena

1-17. **¿Cómo evalúa su formación de post-grado/postítulo en relación a las exigencias posteriores como psicoterapeuta?**

0 1 2 3 4 5

1-18. **¿Qué área quisiera usted que fuera mejorada en la formación especializada de psicólogos/psiquiatras?**

_____ 1. Mayor énfasis Clínico _____ 2. Mayor énfasis Teórico

_____ 3. Otro: _____

1-19. **En total, ¿cuánta supervisión de casos ha recibido sobre su trabajo terapéutico (incluyendo tanto sesiones de supervisión individuales como en grupo)?**

[Incluya el tiempo durante y después de su entrenamiento inicial como terapeuta, pero excluya aquellos periodos durante los cuales no recibió ningún tipo de formación. Escriba "0" si no ha recibido supervisión.]

_____ 1. años _____ 2. meses

1-20. **¿Ha recibido formación en alguna modalidad específica de psicoterapia?**

_____ 1. No. [Pase a la pregunta 1-24.]

_____ 2. Sí. [Describa a continuación las experiencias de formación que considera más importantes.]

		<u>Valoración (importancia) respecto a su práctica actual</u>	
		0 = Ninguna 5 = Muy Grande	
<u>Tipo de Terapia</u>	<u>Duración de la formación</u>		
1-21. a. _____	b. _____ años _____ meses	c. 0	1 2 3 4 5
1-22. a. _____	b. _____ años _____ meses	c. 0	1 2 3 4 5
1-23. a. _____	b. _____ años _____ meses	c. 0	1 2 3 4 5

1-24. **¿Está usted en la actualidad formándose en alguna modalidad específica de psicoterapia?**

_____ 1. No. [Pase a la pregunta 1-26.]

_____ 2. Sí. [Describa a continuación las experiencias de formación que considera más importantes.]

		<u>Valoración (importancia) respecto a su práctica actual</u>	
		0 = Ninguna 5 = Muy Grande	
<u>Tipo de Terapia</u>	<u>Duración de la formación</u>		
1-25. a. _____	b. _____ años _____ meses	c. 0	1 2 3 4 5

1-26. **¿Está usted recibiendo en la actualidad y de forma regular supervisión para alguno de sus casos? [terapia individual, terapia de grupo, etc.]**

_____ 1. No. _____ 2. Sí. [b. ¿En cuántos casos? _____]

[c. ¿En qué tipo(s) de tratamiento(s)? _____]

[d. ¿Qué clase de supervisión? _____]

1-27. ¿En general con cuantos diferentes supervisores ha trabajado sus casos de terapia? _____

1-28. ¿Considera que tiene acceso a supervisores fácilmente?

_____ 1. Si. _____ 2. No. [b. Si es no, ¿por qué?] _____

ACERCA DE SU EXPERIENCIA PROFESIONAL

2-1. ¿Cuánto tiempo lleva practicando la psicoterapia?

[Incluya la práctica de su periodo de formación y excluya aquellos periodos durante los cuales no ejerció.]

_____ 1. años _____ 2. meses

¿Durante cuánto tiempo ha practicado la psicoterapia en los siguientes contextos?

[Incluya el tiempo durante y después de su formación. Escriba "0" si no ha practicado terapia en alguno de los contextos. Utilice fracciones para periodos menores de un año (p.e. 0'5 para medio año).]

2-2.	Institución pública con pacientes internos/hospitalizados	_____ años
2-3.	Institución pública en consulta "externa", ambulatoria	_____ años
2-4.	Institución privada con pacientes ingresados/hospitalizados	_____ años
2-5.	Institución privada en consulta externa	_____ años
2-6.	Práctica privada en un grupo o colectivo	_____ años
2-7.	Práctica privada individual	_____ años
2-8.	Práctica en el ámbito educativo	_____ años
2-9.	Otro [b. especifíquelo: _____]	_____ años

Calcule el número de casos que ha tratado en cada una de las siguientes modalidades de psicoterapia. [Señale "0" si no ha tratado ninguno].

	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-9</u>	<u>10-15</u>	<u>16-24</u>	<u>25-49</u>	<u>50-99</u>	<u>100+</u>
2-10. Terapia Individual (número de pacientes)	0	1	2	3	4	5	6	7
2-11. Terapia de Pareja (número de parejas)	0	1	2	3	4	5	6	7
2-12. Terapia Familiar (número de familias)	0	1	2	3	4	5	6	7
2-13. Terapia de Grupo (número de grupos)	0	1	2	3	4	5	6	7
2-14. Otro [b. especifíquelo] _____	0	1	2	3	4	5	6	7

Calcule aproximadamente el número de pacientes que ha tratado dentro de cada uno de los siguientes grupos de edad.

	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-9</u>	<u>10-15</u>	<u>16-24</u>	<u>25-49</u>	<u>50-99</u>	<u>100+</u>
2-15. Pacientes de doce años o menos	0	1	2	3	4	5	6	7

2-16. Trece a diecinueve años	0	1	2	3	4	5	6	7
2-17. Veinte a cuarenta y nueve años	0	1	2	3	4	5	6	7
2-18. Cincuenta a sesenta y cuatro años	0	1	2	3	4	5	6	7
2-19. Sesenta y cinco años o más	0	1	2	3	4	5	6	7

	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-9</u>	<u>10-15</u>	<u>16-24</u>	<u>25-49</u>	<u>50+</u>
2-20. ¿Cuántos terapeutas lo han elegido a Ud. como terapeuta personal?	0	1	2	3	4	5	6
2-21. ¿A cuántos terapeutas ha supervisado?	0	1	2	3	4	5	6

En relación a los ingresos que usted percibe por su desempeño profesional, éstos provienen principalmente de su trabajo realizado como:		0 = Nada 5 = Mayoritariamente					
2-22. Psicoterapeuta		0	1	2	3	4	5
2-23. Otro [b. especifíquelo: _____]		0	1	2	3	4	5
		0 = Nunca ... 5 = Mucha Frecuencia					
2-24. ¿Con qué frecuencia, dentro de sus horas de trabajo terapéutico, atiende con honorarios rebajados?		0	1	2	3	4	5
2-25. ¿Con qué frecuencia destina horas de su trabajo a organizaciones de promoción social o beneficencia?		0	1	2	3	4	5
		0 = Nada 5 = Mucho					
2-26. ¿Cuánto considera que el trabajo terapéutico lo compromete Con el entorno social/cultural al que pertenece?		0	1	2	3	4	5

ACERCA DE SU DESARROLLO PERSONAL COMO TERAPEUTA

Desde que comenzó su trabajo como terapeuta...		0 = Nada 5 = Mucho					
3-1. ¿Cuánto ha cambiado como profesional de la psicoterapia?		0	1	2	3	4	5
3-2. ¿Considera este cambio como mejoría o progreso?		0	1	2	3	4	5
3-3. ¿Considera este cambio un deterioro profesional?		0	1	2	3	4	5
3-4. ¿Ha conseguido superar las limitaciones que tenía en el pasado como terapeuta?		0	1	2	3	4	5
3-5. ¿Ha desarrollado su completo potencial como terapeuta?		0	1	2	3	4	5

En general, cuando usted comenzó su formación como terapeuta...		0 = Nada 5 = Mucha					
3-6.	¿Cómo valoraría su efectividad a la hora de involucrar a los pacientes para que cooperen con el tratamiento?	0	1	2	3	4	5
3-7.	¿Cómo valoraría su naturalidad a la hora de trabajar con sus pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-8.	¿Cómo era su comprensión teórica general de la terapia?	0	1	2	3	4	5
3-9.	¿Qué grado de empatía manifestaba usted en su relación con pacientes con los que tenía relativamente poco en común?	0	1	2	3	4	5
3-10.	¿En qué medida conseguía captar la esencia de los problemas de sus pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-11.	¿Cuánto dominio tenía de las técnicas y estrategias implicadas en la práctica de la terapia?	0	1	2	3	4	5
3-12.	¿Cómo valoraría su comprensión de lo que estaba sucediendo momento a momento en cada sesión?	0	1	2	3	4	5

En general, cuando usted comenzó su formación como terapeuta...		0 = Nada 5 = Mucha					
3-13.	¿Cuán efectivo era a la hora de comunicar comprensión e interés a sus pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-14.	¿En qué grado era capaz de detectar y manejar las reacciones emocionales de sus pacientes hacia usted?	0	1	2	3	4	5
3-15.	¿Era capaz de utilizar constructivamente sus propias reacciones emocionales hacia sus pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-16.	¿Cuánta seguridad tenía en usted mismo como terapeuta?	0	1	2	3	4	5

Cuando comenzó a trabajar como terapeuta, ¿cuánto se ajustaba su trabajo a cada uno de los siguientes marcos teóricos?	0 = Nada 5 = Mucho					
3-17. Psicoanalítico/Psicodinámico	0	1	2	3	4	5
3-18. Conductual	0	1	2	3	4	5
3-19. Cognitivo	0	1	2	3	4	5
3-20. Humanista/Experiencial	0	1	2	3	4	5
3-21. Teoría Sistémica	0	1	2	3	4	5
3-22. Otro [b. especifíquelo]	0	1	2	3	4	5

En la actualidad en su rol de terapeuta cómo valoraría....	0 = Nada	5 = Mucho				
3-23. ¿Su efectividad a la hora de involucrar a los pacientes para que cooperen activamente con el tratamiento?	0	1	2	3	4	5
3-24. ¿Su grado de naturalidad a la hora de trabajar con sus pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-25. ¿Su comprensión teórica general de la terapia?	0	1	2	3	4	5
3-26. ¿El nivel de empatía en su relación con pacientes con los que tiene	0	1	2	3	4	5

	relativamente poco en común?					
3-27.	¿El grado en que usted consigue captar la esencia de los problemas de sus pacientes?	0	1	2	3	4 5
3-28.	¿El dominio que usted tiene de las técnicas y estrategias implicadas en la práctica de la terapia?	0	1	2	3	4 5
3-29.	¿Su comprensión de lo que está sucediendo momento a momento en cada sesión?	0	1	2	3	4 5
3-30.	¿Su capacidad para comunicar comprensión e interés a sus pacientes?	0	1	2	3	4 5
3-31.	¿Su capacidad para detectar y manejar las reacciones emocionales de sus pacientes hacia usted?	0	1	2	3	4 5
3-32.	¿Su capacidad para utilizar constructivamente sus propias reacciones emocionales hacia sus pacientes?	0	1	2	3	4 5
3-33.	¿Su propia seguridad en el rol de terapeuta?	0	1	2	3	4 5
3-34.	¿La precisión, sutileza y tacto que ha alcanzado en su trabajo como terapeuta?	0	1	2	3	4 5
3-35.	¿Su capacidad para guiar a otros terapeutas?	0	1	2	3	4 5
3-36.	¿El seguir desarrollándose como terapeuta?	0	1	2	3	4 5

¿Cuánta <u>influencia</u> (positiva y/o negativa) cree que ha tenido cada una de las siguientes experiencias sobre su <u>desarrollo general</u> como terapeuta? [Puede marcar a la vez una respuesta positiva y otra negativa, si lo cree conveniente.]	(a)							(b)						
	-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva													
3-37. Hacer terapia con pacientes	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-38. Trabajar con coterapeutas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-39. Realizar cursos o seminarios	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-40. Recibir supervisión o realizar consultas con otros profesionales	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-41. Realizar discusiones informales de casos con otros colegas...	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-42. Las condiciones institucionales bajo las que trabaja.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-43. Lectura de libros o revistas relevantes para su profesión.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-44. Observación del trabajo de otros terapeutas a través de talleres, películas o cintas.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-45. Recibir terapia, análisis u orientación personal (individual, grupal, etc.).....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-46. Supervisar u orientar a otros terapeutas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-47. Impartir cursos o seminarios	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-48. Investigar	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							
3-49. Experiencias personales fuera de la terapia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3							

ACERCA DE LA TERAPIA PERSONAL

4-1. **En su opinión ¿qué importancia tiene para los terapeutas el hecho de pasar por una experiencia de psicoterapia, psicoanálisis o asesoramiento/counseling personal (individual, grupal, etc.)?**

- _____ 1. Es desaconsejable, ya que podría dar a entender que el/la terapeuta necesita realmente la terapia.
- _____ 2. Es irrelevante el hecho de que los terapeutas pasen o no por una terapia personal.
- _____ 3. Puede ser aconsejable para algunos terapeutas, pero no necesariamente para todos.
- _____ 4. Es muy positivo para la mayoría de los terapeutas, pero no debe ser un requisito imprescindible.
- _____ 5. Es esencial y todos los terapeutas deben pasar por ella.

4-2. **¿Está usted en la actualidad recibiendo terapia, psicoanálisis u asesoramiento/counseling personal?**

- _____ 1. No. _____ 2. Sí.

4-3. **¿Ha tenido usted en el pasado por una experiencia de terapia, psicoanálisis u asesoramiento/counseling personal?**

- _____ 1. No. _____ 2. Sí.

Por favor, describa a continuación [preguntas 4-4 y 4-5] hasta dos experiencias de psicoterapia personal por las que haya pasado. Si usted NO ha estado en terapia, análisis u orientación PASE A LA PREGUNTA 5-1.

<u>Tipo de Terapia</u>			<u>Valor para Ud. como persona</u>
<u>Sesiones por semana</u>	<u>Duración</u>		0 = Ninguna ... 5 = Muy Grande
4-4. a. _____	b. _____	c. _____ años _____ meses	d. 0 1 2 3 4 5

Motivo de esta terapia [marque todas las opciones que considere conveniente]:

e. _____ Formación f. _____ Crecimiento personal g. _____ Problemas

<u>Tipo de Terapia</u>			<u>Valor para Ud. como persona</u>
<u>Sesiones por semana</u>	<u>Duración</u>		0 = Ninguna ... 5 = Muy Grande
4-5. a. _____	b. _____	c. _____ años _____ meses	d. 0 1 2 3 4 5

Motivo de esta terapia [marque todas las opciones que considere conveniente]:

e. _____ Formación f. _____ Crecimiento personal g. _____ Problemas

ACERCA DE SU ORIENTACIÓN TEÓRICA

¿En qué medida está guiada su práctica terapéutica actual por cada una de los siguientes marcos teóricos?

0 = Nada 5 = Mucho

5-1. Psicoanalítico/Psicodinámico	0	1	2	3	4	5
5-2. Conductual	0	1	2	3	4	5

5-3.	Cognitivo	0	1	2	3	4	5
5-4.	Humanista/Experiencial	0	1	2	3	4	5
5-5.	Teoría Sistémica	0	1	2	3	4	5
5-6.	Otro [b. especifíquelo: _____]	0	1	2	3	4	5
5-7.	¿En que grado cree que su orientación es ecléctica o integradora?	0	1	2	3	4	5

¿Cuan importante es para usted que la mayoría de sus pacientes alcancen las siguientes metas?
(Marcar sólo 4)

- _____ 5-8. Tener un fuerte sentimiento de identidad personal y una elevada autoestima.
- _____ 5-9. Adquirir una visión realista sobre el significado de los acontecimientos de la vida.
- _____ 5-10. Permitirse a sí mismos experimentar plenamente sus emociones.
- _____ 5-11. Aprender a actuar de forma adecuada y efectiva en las situaciones problemáticas.
- _____ 5-12. Comprender sus propias emociones, motivaciones y/o comportamientos.
- _____ 5-13. Desarrollar el valor suficiente para enfrentarse a situaciones nuevas o evitadas anteriormente.
- _____ 5-14. Integrar aspectos excluidos o segregados de su experiencia.
- _____ 5-15. Experimentar una reducción de los síntomas.
- _____ 5-16. Mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales.
- _____ 5-17. Modificar o controlar sus patrones problemáticos conductuales o emocionales.
- _____ 5-18. Evaluarse a sí mismos de forma realista.
- _____ 5-19. Identificar y tratar de alcanzar sus propias metas.
- _____ 5-20. Desarrollar una actitud más tolerante y aceptadora hacia los otros.
- continue*
- _____ 5-21. Aprender a reconocer/cambiar como crean o contribuyen a sus propios problemas.
- _____ 5-22. Desarrollar mejores destrezas para enfrentar las responsabilidades sociales y familiares.
- _____ 5-23. Clarificar su sentido de valores, prioridades y filosofía de vida.
- _____ 5-24. Resolver y enfrentar la confusión causada por conflictos originados desde los ideales y expectativas culturales.
- _____ 5-25. Otra [b. especifíquela: _____]

ACERCA DE SU DESARROLLO PROFESIONAL ACTUAL

En su <u>trabajo reciente</u> como psicoterapeuta, ¿en qué medida...?		0 = Nada 5 = Mucho					
6-1.	Siente que está cambiando como terapeuta.	0	1	2	3	4	5
6-2.	Percibe ese cambio como progreso o mejoría.	0	1	2	3	4	5
6-3.	Siente que ese cambio supone un deterioro.	0	1	2	3	4	5
En su <u>trabajo reciente</u> como psicoterapeuta, ¿en qué medida...?		0 = Nada 5 = Mucho					

6-4.	Siente que está superando las limitaciones que tenía en el pasado como terapeuta.	0	1	2	3	4	5
6-5.	Piensa que se está haciendo más hábil en la práctica de la terapia.	0	1	2	3	4	5
6-6.	Siente que está profundizando en su nivel de comprensión de la terapia.	0	1	2	3	4	5
6-7.	Siente que aumenta su entusiasmo por hacer terapia.	0	1	2	3	4	5
6-8.	Siente que se está desilusionando con la terapia.	0	1	2	3	4	5
6-9.	Siente que está perdiendo su capacidad para responder empáticamente.	0	1	2	3	4	5
6-10.	Le parece que su forma de actuar se está volviendo rutinaria.	0	1	2	3	4	5
6-11.	¿Cuán importante es para usted participar en una formación continua como terapeuta?	0	1	2	3	4	5

Recientemente, en las sesiones con sus pacientes, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido...

0 = Nada ... 5 = Muy Frecuentemente					0 = Nada ... 5 = Muy Frecuentemente						
5-12.	Ansioso/a	0	1	2	3	6-20.	Concentrado/a	0	1	2	3
5-13.	Disponible	0	1	2	3	6-21.	Desatento/a	0	1	2	3
5-14.	Aburrido/a	0	1	2	3	6-22.	Inspirado/a	0	1	2	3
5-15.	Sereno/a	0	1	2	3	6-23.	Relajado/a	0	1	2	3
5-16.	Creativo/a	0	1	2	3	6-24.	Silencioso/a	0	1	2	3
5-17.	Distraído/a	0	1	2	3	6-25.	Motivado/a	0	1	2	3
5-18.	Somnoliento/a	0	1	2	3	6-26.	Tenso/a	0	1	2	3
5-19.	Absorto/a	0	1	2	3	6-27.	Inseguro/a	0	1	2	3

ACERCA DE SU PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA ACTUAL

¿En la actualidad, cuántas horas a la semana practica usted la psicoterapia en los siguientes contextos?
[Escriba "0" si no lo hace.]

7-1.	Institución pública con pacientes ingresados/hospitalizados	_____ horas
7-2.	Institución pública en consulta externa/ambulatoria	_____ horas
7-3.	Institución privada con pacientes ingresados/hospitalizados	_____ horas
7-4.	Institución privada en consulta externa/ambulatoria	_____ horas
7-5.	Práctica privada en un grupo o colectivo.....	_____ horas
7-6.	Práctica privada individual	_____ horas
7-7.	Práctica en el ámbito educacional	_____ horas
7-8.	Otro [b. especifíquelo: _____]	_____ horas

Por favor, describa los tipos de pacientes que trata con mayor frecuencia en su práctica terapéutica actual. [Mencione hasta tres tipos utilizando el sistema diagnóstico o descriptivo que usted prefiera.]

- 7-28. _____
- 7-29. _____
- 7-30. _____

7-31. ¿Hasta qué punto se basa usted en determinados diagnósticos o clasificaciones en su práctica psicoterapéutica actual?	0 = Nada 5 = Mucho					
	0	1	2	3	4	5

¿Qué grado de perturbación o deterioro tienen los pacientes a los que está tratando en la actualidad?
[Indique el número de pacientes que está usted tratando actualmente en cada uno de los siguientes niveles de disfunción o desajuste. Tenga en cuenta todos los contextos en los que trabaja como terapeuta y base su evaluación en el nivel de funcionamiento actual de los pacientes.]

- 7-32. _____ Ausencia de síntomas o sintomatología mínima; personas socialmente eficaces; en general, satisfechas con su vida; sólo presentan problemas o preocupaciones cotidianas.
- 7-33. _____ La sintomatología que presentan es transitoria y se trata de reacciones esperables ante estresores psicosociales; generalmente no producen más que un leve desajuste en el funcionamiento social, laboral o escolar normal.
- 7-34. _____ Síntomas leves pero persistentes (por ejemplo, estado de ánimo deprimido e insomnio leve) o alguna dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar, aunque el funcionamiento general del paciente es bueno; posee algunas relaciones interpersonales significativas.
- 7-35. _____ Síntomas moderados (por ejemplo afectividad aplanada y habla circunstancial, ataques de pánico ocasionales), o dificultades moderadas en el funcionamiento social, laboral o escolar.
- 7-36. _____ Síntomas graves (por ejemplo, ideación suicida, rituales obsesivos importantes) o dificultades importantes en el funcionamiento social, laboral o escolar (por ejemplo, no tener amigos o sentirse incapaz de encontrar empleo).
- 7-37. _____ Deterioro significativo del sentido de realidad o de la comunicación (por ejemplo, lenguaje ilógico, confuso o irrelevante) o dificultades serias en varias áreas como el trabajo, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo.
- 7-38. _____ Deterioro muy grave en la comunicación o en la capacidad de razonamiento (por ejemplo, la conducta está considerablemente influida por delirios o alucinaciones), o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas de la vida.
- 7-39. _____ Peligro real de dañarse a sí mismo o a los demás (por ejemplo, intentos de suicidio, violencia recurrente) o incapacidad para mantener una mínima higiene personal o deterioro muy grave en la comunicación (por ejemplo lenguaje incoherente o prácticamente inexistente).

Estime en qué número de sus pacientes en psicoterapia ve usted ...

- 7-40. La farmacoterapia como el principal tratamiento y la psicoterapia como un tratamiento de apoyo/coadyuvante. _____
- 7-41. La psicoterapia como el principal tratamiento y la farmacoterapia como un tratamiento de apoyo/coadyuvante. _____
- 7-42. La psicoterapia y farmacoterapia como tratamientos que contribuyen equitativamente a la estabilidad del paciente. _____

7-43. La psicoterapia y farmacoterapia como tratamientos que se contraponen uno al otro. _____

0 = Ninguna 5 = Mucho

7-44. ¿Qué nivel de satisfacción siente actualmente en su trabajo como terapeuta?

0 1 2 3 4 5

7-45. ¿Qué grado de insatisfacción siente actualmente en su trabajo como terapeuta?

0 1 2 3 4 5

ACERCA DE SU TRABAJO TERAPÉUTICO ACTUAL

Dificultades en la Práctica Terapéutica

En la actualidad, ¿con qué frecuencia se siente ...? 0 = Nunca 5 = Con mucha frecuencia

8-1. Con poca confianza en su capacidad para producir efectos benéficos sobre el paciente.

0 1 2 3 4 5

8-2. Temeroso de estar causando más daño que beneficio al paciente en la terapia.

0 1 2 3 4 5

8-3. Inseguro acerca de cuál es la mejor manera de tratar al paciente.

0 1 2 3 4 5

8-4. En peligro de perder usted el control de la situación terapéutica.

0 1 2 3 4 5

8-5. Incapaz de empatizar realmente con las experiencias del paciente.

0 1 2 3 4 5

8-6. Incómodo de que sus propios valores le impidan mantener una actitud apropiada hacia el paciente.

0 1 2 3 4 5

8-7. Angustiado por su incapacidad para cambiar la trágica situación vital de un paciente.

0 1 2 3 4 5

8-8. Preocupado por los aspectos éticos o morales que hayan podido surgir en el trabajo con un paciente.

0 1 2 3 4 5

8-9. Incapaz de generar el impulso suficiente para llevar la terapia en una dirección constructiva.

0 1 2 3 4 5

8-10. Irritado con un paciente que está bloqueando activamente todos sus esfuerzos como terapeuta.

0 1 2 3 4 5

8-11. Desmoralizado a causa de su incapacidad para encontrar la manera de ayudar al paciente.

0 1 2 3 4 5

8-12. Culpable por no haber sabido manejar adecuadamente una situación crítica con un paciente.

0 1 2 3 4 5

8-13. Incapaz de llegar a comprender la esencia de los problemas de un paciente.

0 1 2 3 4 5

8-14. Incapaz de hacer frente a las altas demandas del paciente.

0 1 2 3 4 5

En la actualidad, con qué frecuencia se siente ... 0 = Nunca 5 = Con mucha frecuencia

8-15. Incapaz de encontrar algo que le guste o que pueda respetar en un paciente.

0 1 2 3 4 5

8-16.	Alterado porque las circunstancias de su vida personal están interfiriendo en su trabajo con un paciente.	0	1	2	3	4	5
8-17.	Enojado porque algunas circunstancias de la vida del paciente están impidiendo un resultado beneficioso en la terapia.	0	1	2	3	4	5
8-18.	En conflicto al tratar de compaginar sus obligaciones hacia paciente con propias obligaciones hacia otras personas.	0	1	2	3	4	5
8-19.	Estancado con un paciente en una relación que parece no llegar a ninguna parte.	0	1	2	3	4	5
8-20.	Frustrado con un paciente porque le está haciendo perder el tiempo.	0	1	2	3	4	5
8-21.	“Empujando” el proceso terapéutico del paciente, o asumiendo toda la responsabilidad por su “cura”.	0	1	2	3	4	5
8-22.	Recurriendo excesivamente a la teoría o a alguna técnica.	0	1	2	3	4	5
8-23.	Incapaz de guiar o de conducir la terapia por un camino constructivo	0	1	2	3	4	5
8-24.	Frustrado al lidiar con pacientes poco motivados o que parecen esperar que Ud. haga todo el trabajo.	0	1	2	3	4	5
8-25.	Presionado por expectativas muy altas de éxito y rendimiento profesional con los pacientes.	0	1	2	3	4	5
8-26.	Cualquier otro aspecto que le resulte difícil [especifíquelo]: b. _____	0	1	2	3	4	5

Estrategias para Manejar las Dificultades

Cuando usted se enfrenta a una dificultad, en la terapia con su paciente ¿con qué frecuencia...?		0 = Nunca 5 = Con mucha frecuencia					
8-27.	Trata de ver el problema desde otra perspectiva.	0	1	2	3	4	5
8-28.	Intenta contener sus emociones problemáticas.	0	1	2	3	4	5
8-29.	Comparte con su paciente la dificultad que está experimentando.	0	1	2	3	4	5
8-30.	Discute el problema con un colega.	0	1	2	3	4	5
8-31.	Consulta libros o artículos relevantes.	0	1	2	3	4	5
8-32.	Involucra en el caso a otro profesional o institución o va supervisión.	0	1	2	3	4	5
8-33.	Busca algún tipo de satisfacción/recreación alternativa fuera de su trabajo como terapeuta.	0	1	2	3	4	5
8-34.	Poner límites para contener al paciente dentro de un marco terapéutico apropiado.	0	1	2	3	4	5
8-35.	Se sale de su papel de terapeuta para tomar alguna medida urgente en beneficio del paciente.	0	1	2	3	4	5
8-36.	Realiza cambios en el contrato terapéutico con su paciente.	0	1	2	3	4	5
8-37.	Simplemente espera a que las circunstancias mejoren por sí mismas.	0	1	2	3	4	5

Cuando usted se enfrenta a una dificultad, en la terapia con su paciente ¿con qué frecuencia...?		0 = Nunca 5 = Con mucha frecuencia					
8-38.	Critica a su paciente por haberle causado problemas.	0	1	2	3	4	5
8-39.	Se plantea seriamente la finalización de la terapia.	0	1	2	3	4	5
8-40.	Reflexiona privadamente acerca del origen del problema.	0	1	2	3	4	5
8-41.	Se da permiso a sí mismo para experimentar y observar en sí mismo las emociones difíciles o perturbadoras.	0	1	2	3	4	5
8-42.	Comprueba si usted y su paciente pueden manejar juntos la dificultad.	0	1	2	3	4	5
8-43.	Consulta sobre el caso a un terapeuta con más experiencia.	0	1	2	3	4	5
8-44.	Se inscribe en una conferencia o en un taller donde se traten dificultades de ese tipo.	0	1	2	3	4	5
8-45.	Pide la colaboración de los amigos o familiares del paciente.	0	1	2	3	4	5
8-46.	Expresa a alguien cercano a usted sus sentimientos de disgusto.	0	1	2	3	4	5
8-47.	Realiza una interpretación de la conducta resistente o problemática de su paciente.	0	1	2	3	4	5
8-48.	Postpone el trabajo terapéutico para hacerse cargo de las necesidades más inmediatas de su paciente.	0	1	2	3	4	5
8-49.	Modifica su posición o enfoque terapéutico con el paciente.	0	1	2	3	4	5
8-50.	Evita enfrentarse al problema por el momento.	0	1	2	3	4	5
8-51.	Muestra su frustración al paciente.	0	1	2	3	4	5
8-52.	Se plantea la posibilidad de derivar al paciente a otro terapeuta.	0	1	2	3	4	5
8-53.	Flexibiliza el setting (encuadre)	0	1	2	3	4	5
8-54.	Utiliza técnicas especiales que lo ayudan a salir de un impasse.	0	1	2	3	4	5
8-55.	Maneja la situación de alguna otra forma [especifíquela: b. _____]	0	1	2	3	4	5

¿Cómo se describiría a usted mismo como terapeuta, es decir, cuál es actualmente su estilo o forma de comportarse con sus pacientes?

		0 = Nada ... 3 = Mucho						0 = Nada ... 3 = Mucho			
8-56.	Aceptador/a	0	1	2	3	8-68.	Cauteloso/a	0	1	2	3
8-57.	Con autoridad	0	1	2	3	8-69.	Intuitivo/a	0	1	2	3
8-58.	Desafiante	0	1	2	3	8-70.	Involucrado/a	0	1	2	3
8-59.	Frío/a	0	1	2	3	8-71.	Acogedor/a	0	1	2	3
8-60.	Comprometido/a	0	1	2	3	8-72.	Organizado/a	0	1	2	3
8-61.	Crítico/a	0	1	2	3	8-73.	Protector/a	0	1	2	3
8-62.	Exigente	0	1	2	3	8-74.	Reservado/a	0	1	2	3
8-63.	Desapegado/a	0	1	2	3	8-75.	Hábil	0	1	2	3
8-64.	Decidido/a	0	1	2	3	8-76.	Sutil	0	1	2	3

8-65.	Directivo/a	0	1	2	3	8-77.	Tolerante	0	1	2	3
8-66.	Eficaz	0	1	2	3	8-78.	Cálido/a	0	1	2	3
8-67.	Amigable	0	1	2	3	8-79.	Sabio/a	0	1	2	3

En su práctica actual con los pacientes, ¿con qué frecuencia...?							0 = Nunca 5 = Con mucha frecuencia					
8-80.	Realiza sesiones adicionales o de urgencia.						0	1	2	3	4	5
8-81.	Realiza o recibe llamadas telefónicas o cartas que no traten de cuestiones puramente formales (tales como acordar la hora de una sesión).						0	1	2	3	4	5
8-82.	Acepta reunirse en lugares diferentes al lugar de trabajo habitual.						0	1	2	3	4	5
8-83.	Permite que algunas sesiones se alarguen más del tiempo establecido.						0	1	2	3	4	5
8-84.	Intercede por sus pacientes ante otras personas o instituciones.						0	1	2	3	4	5
8-85.	Mantiene relaciones sociales o profesionales con sus pacientes fuera de la situación terapéutica.						0	1	2	3	4	5
8-86.	Inicia o acepta algún contacto físico no sexual que vaya más allá de un apretón de manos.						0	1	2	3	4	5
8-87.	Permite interrupciones durante la sesión (por ejemplo, llamadas telefónicas).						0	1	2	3	4	5
8-88.	Realiza durante la sesión algún tipo de actividad ajena a ésta (por ejemplo leer la correspondencia).						0	1	2	3	4	5

8-89. **¿Cuál cree que es su punto más fuerte como terapeuta?**

8-90. **¿Cómo se manifiesta este punto fuerte en su trabajo diario?**

8-91. **¿A qué atribuye usted este punto fuerte?**

8-92. **¿Cuál cree que es su limitación más problemática como terapeuta?**

8-93. **¿Cómo se manifiesta esta limitación en su actual forma de trabajar?**

8-94. **¿A qué atribuye usted esta limitación?**

ACERCA DE USTED MISMO

9-1. **¿Nació usted en un país diferente al que actualmente es su lugar habitual de residencia?**

_____ 1. No. _____ 2. Sí. [b. ¿En qué país nació? _____]

9-2. **En el país en el que vive, ¿es usted considerado miembro de alguna minoría social, cultural o étnica?**

_____ 1. No. _____ 2. Sí. [b. Especifique: _____]

9-3. **¿Cuál es su estado civil actual?**

_____ 1. Soltero/a, sin compromiso.	_____ 5. Separado/a o divorciado/a.
_____ 2. Soltero/a, en una relación afectiva.	_____ 6. Viudo/a.
_____ 3. Conviviendo con un compañero/a.	_____ 7. Vuelto a casar (después de un divorcio o viudez).
_____ 4. Casado.	_____ 8. Otro [b. especifíquelo: _____]

9-4. **¿Tiene hijos?** [Incluye (ya sea) propios, adoptados, hijastros.]
 _____ 1. No. _____ 2. Sí. [si es el caso]: **b.** ¿Cuántos? _____
c. Edad del hijo mayor _____ **d.** Edad del hijo menor _____

9-5. **¿Usted tiene hermanos o hermanas?**
 _____ 1. No. _____ 2. Sí. [si es el caso, cuántos de cada uno]:
b. ¿Cuántas hermanas mayores? _____ **c.** ¿Cuántos hermanos mayores? _____
d. ¿Cuántas hermanas menores? _____ **e.** ¿Cuántos hermanos menores? _____

9-6. **¿Vive su padre?**
 _____ 1. Si. _____ 2. No. [**b.** si no, ¿qué edad tenía usted cuando el murió? _____]

9-7. **¿Vive su madre?**
 _____ 1. Si. _____ 2. No. [**b.** si no, ¿qué edad tenía usted cuando ella murió? _____]

9-8. **¿Se divorciaron o separaron sus padres?**
 _____ 1. No. _____ 2. Si. [**b.** si es el caso, qué edad tenía usted cuando eso ocurrió? _____]

En general, cuando usted estaba creciendo, qué tanto.....

0 = Nada 5 = Mucho

9-9. ¿Tuvo usted la sensación de ser realmente querido y apoyado?	0	1	2	3	4	5
9-10. ¿Experimentó usted algún trauma o abuso emocionalmente significativo?	0	1	2	3	4	5
9-11. ¿La familia en la que usted creció, ¿tenía un adecuado funcionamiento psicológico y emocional?	0	1	2	3	4	5

Actualmente, en su propia vida, ¿con qué frecuencia usted ...

0 = Nunca ... 5 = Frecuentemente

9-12. ¿Expresa libremente sus pensamientos y sentimientos íntimos?	0	1	2	3	4	5
9-13. ¿Es capaz de experimentar momentos de gozo sin ningún tipo de reservas?	0	1	2	3	4	5
9-14. ¿Se siente realmente querido y apoyado?	0	1	2	3	4	5
9-15. ¿Se siente inmerso en algún conflicto personal, desilusión o pérdida?	0	1	2	3	4	5
9-16. ¿Siente una gran carga de responsabilidad, preocupación o inquietud.	0	1	2	3	4	5
9-17. Siente que sus relaciones emocionales e íntimas son satisfactorias.	0	1	2	3	4	5
9-18. ¿Se preocupa por el dinero o la seguridad económica?	0	1	2	3	4	5
9-19. ¿Tiene preocupaciones por su salud física?	0	1	2	3	4	5
9-20. ¿Se toma oportunidades para relajarse y disfrutar en su vida privada?	0	1	2	3	4	5
9-21. ¿Siente que pertenece a una comunidad significativa para usted?	0	1	2	3	4	5

Con qué frecuencia usted emplea las siguientes actividades con carácter recreativo y al servicio del auto-cuidado personal?		0 = Nunca ... 5 = Frecuentemente					
9-22.	Realizar actividades con familiares.	0	1	2	3	4	5
9-23.	Participar en actividades sociales (ej. reunión con amigos).	0	1	2	3	4	5
9-24.	Practicar deporte o entrenar en el gimnasio.	0	1	2	3	4	5
9-25.	Practicar Yoga o forma de meditación.	0	1	2	3	4	5
9-26.	Asistir a espectáculos como cine, teatro, exposiciones o conciertos.	0	1	2	3	4	5
9-27.	Practicar disciplinas de expresión estética (ej. Pintura, Escritura, Danza, ejecución musical).	0	1	2	3	4	5
9-28.	Leer literatura no-especializada (ej. novelas, poesía, dramaturgia).	0	1	2	3	4	5
9-29.	Practicar alguna habilidad manual (ej. tejer, jardinería, arreglos mecánicos, cocinar).	0	1	2	3	4	5
9-30.	Realizar caminatas por al menos 1 hora.	0	1	2	3	4	5
9-31.	Viajar a una localidad distinta de la que se desenvuelve habitualmente.	0	1	2	3	4	5
9-32.	Otro [b. especificar: _____]	0	1	2	3	4	5
En general		0 = Nada 5 = Mucho					
9-33.	Actualmente, ¿Cuán satisfactoria es su vida?	0	1	2	3	4	5
9-34.	Actualmente, ¿Cuán estresante es su vida?	0	1	2	3	4	5

9-35. **¿Cómo describiría su actual estado emocional y bienestar psicológico?**

[Marque solo una respuesta.]

- _____ 1. “Muy pobre”; Apenas puedo enfrentar las cosas.
- _____ 2. “Bastante pobre”; Muchas veces la vida para mi es muy dura.
- _____ 3. “Más o menos”; Con algunos esfuerzos logro salir adelante.
- _____ 4. “Medianamente bueno”; Tengo altos y bajos.
- _____ 5. “Bueno”; No tengo grandes quejas.
- _____ 6. “Muy bueno”; Consigo las cosas de la manera que me gustaría (he soñado).

En general

0 = Nada 5 = Mucho

- | | | |
|-------|--|----------------------------|
| 9-36. | ¿Hasta qué punto siente que su desarrollo como terapeuta se visto influido por su deseo de explorar y resolver sus problemas personales? | 0 1 2 3 4 5 |
|-------|--|----------------------------|

9-37. **¿En qué Fe o religión fue usted criado /formado? _____**

[Si usted fue criado en más de una, especifique cada una; Si usted no fue criado con ninguna Fé o religión en específico, escriba “Ninguna”; Si se crió de manera atea o anti-religiosa, por favor indíquelo.]

Por favor responda a las preguntas 9-38, 9-39, y 9-40, seleccionando un número del 0 al 10, donde el 0 significa “para nada importante en mi vida” y 10 “lo más importante en mi vida.”

- 9-38. _____ En general, qué tan importante fue en su vida la religión, durante la infancia (hasta los 12 años)?
- 9-39. _____ En general, qué tan importante fue en su vida la religión, durante la adolescencia (de los 13 a los 19 años de edad)?
- 9-40. _____ Actualmente, qué tan importante es la espiritualidad en su vida?

9-41. **¿Actualmente usted se identifica o pertenece a alguna religión o actividad espiritual específica?**

_____ 1. No. _____ 2. Si. [b. Por favor especifique: _____]

Abajo hay un listado con varios aspectos sobre experiencias espirituales o religiosas. Actualmente, ¿Cuán importante es cada una de ellas en su propia vida?

[Enumere del 0 al 10, donde 0 = “esto para nada es importante en mi vida en la actualidad” y 10 = “esto es la parte mas importante de mi vida en la actualidad”.]

- 9-42. _____ Un credo específico (o conjunto de creencias).
- 9-43. _____ Moral personal y normas éticas.
- 9-44. _____ Tener en las experiencias personales una dimensión espiritual.
- 9-45. _____ Participar de un grupo o comunidad religiosa.
- 9-46. _____ Celebrar la belleza y la dignidad del servicio religioso (culto/ misa).
- 9-47. _____ Encontrar una fuente de disciplina y propósito en la vida.
- 9-48. _____ Participar de la tradición de los feriados religiosos.
- 9-49. _____ Expresar la devoción personal de servicio al prójimo.
- 9-50. _____ Búsqueda de bienestar y armonía a través de la oración.
- 9-51. _____ Defender los valores históricos tradicionales (Defender las tradiciones históricas).
- 9-52. _____ Otros [b. especifique: _____]

[Enumere del 0 al 10, donde 0 = “para el terapeuta no es en absoluto importante” y 10 = “para el terapeuta es lo más importante”.]

9-53. _____ **¿Qué tanto, su trabajo como terapeuta, se ve influido por su religión o experiencias espirituales?**

b. Especifique:

Por otro lado, Cómo se describiría a usted mismo en sus relaciones personales íntimas o cercanas?

0 = Nada 3 = Mucho					0 = Nada ... 3 = Mucho						
9-54.	Aceptador/a	0	1	2	3	9-68.	Acogedor/a	0	1	2	3
9-55.	Con autoridad	0	1	2	3	9-69.	Optimista	0	1	2	3
9-56.	Desafiante	0	1	2	3	9-70.	Organizado/a	0	1	2	3

9-57. Frío/a	0	1	2	3	9-71. Pragmático/a	0	1	2	3
9-58. Crítico/a	0	1	2	3	9-72. Privado/a	0	1	2	3
9-59. Exigente	0	1	2	3	9-73. Protector/a	0	1	2	3
9-60. Demostrativo/a	0	1	2	3	9-74. Silencioso/a	0	1	2	3
9-61. Decidido/a	0	1	2	3	9-75. Receptivo/a	0	1	2	3
9-62. Directivo/a	0	1	2	3	9-76. Reservado/a	0	1	2	3
9-63. Entusiasta	0	1	2	3	9-77. Escéptico/a	0	1	2	3
9-64. Amigable	0	1	2	3	9-78. Sutil	0	1	2	3
9-65. Cauteloso/a	0	1	2	3	9-79. Tolerante	0	1	2	3
9-66. Intenso/a	0	1	2	3	9-80. Cálido/a	0	1	2	3
9-67. Intuitivo/a	0	1	2	3	9-81. Sabio/a	0	1	2	3